

Rocco Di Santo

Accessibilità turistica per persone con disabilità

Studi
e ricerche

FrancoAngeli 

**Scienze
e professioni
del turismo**



Il presente volume è pubblicato in open access, ossia il file dell'intero lavoro è liberamente scaricabile dalla piattaforma **FrancoAngeli Open Access** (<http://bit.ly/francoangeli-oa>).

FrancoAngeli Open Access è la piattaforma per pubblicare articoli e monografie, rispettando gli standard etici e qualitativi e la messa a disposizione dei contenuti ad accesso aperto. Oltre a garantire il deposito nei maggiori archivi e repository internazionali OA, la sua integrazione con tutto il ricco catalogo di riviste e collane FrancoAngeli massimizza la visibilità, favorisce facilità di ricerca per l'utente e possibilità di impatto per l'autore.

Per saperne di più: [Pubblica con noi](#)

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio "[Informatemi](#)" per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.



Rocco Di Santo

Accessibilità turistica per persone con disabilità

FRANCOANGELI

Il volume è stato pubblicato grazie al progetto “B4A – Basilicata for all” della Regione Basilicata finanziato mediante l’Avviso *Pubblico per il finanziamento di progetti per il turismo accessibile e inclusivo per le persone con disabilità* della Presidenza del Consiglio dei Ministri - Ministero della Disabilità (10 gennaio 2022).

Azione 8. Informazione e disseminazione dei risultati - 8.1. Realizzazione di materiale informativo sul progetto e sui risultati ottenuti.

Progetto grafico di copertina di Elena Pellegrini

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L’opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d’autore ed è pubblicata in versione digitale con licenza *Creative Commons Attribuzione-Non Commerciale-Non opere derivate 4.0 Internazionale* (CC-BY-NC-ND 4.0)

L’Utente nel momento in cui effettua il download dell’opera accetta tutte le condizioni della licenza d’uso dell’opera previste e comunicate sul sito
<https://creativecommons.org/licenses/by-nc-nd/4.0/deed.it>

Indice

Introduzione	pag.	9
Definizione di turismo	»	9
Turismi e generazioni di turisti	»	13
Turismo “normale” o normale atipicità del turismo?		15
 I. Relazione tra accessibilità e disabilità		
1. Definire la disabilità: paradigmi, teorie e luoghi comuni	»	23
1.1 La Disabilità nelle Classificazioni dell’OMS	»	23
1.2 La disabilità: stereotipi, pregiudizi e stigma	»	27
1.3 La fine del XIX secolo e l’introduzione del termine accessibilità	»	32
1.4 Sociologia della disabilità	»	33
2. Accessibilità: criteri normativi o espressione culturale?	»	37
2.1 Che cos’è l’accessibilità?	»	37
2.2 L’accessibilità: la normativa vigente in Italia	»	39
2.3 Accessibilità e disabilità fisiche	»	43
2.4 Accessibilità e disabilità sensoriali	»	46
2.5 Accessibilità e disabilità cognitive-intellettive	»	51
 II. Esperienze e buone pratiche		
3. Il progetto B4A – Basilicata for all	»	57
3.1 La Basilicata e il turismo balneare	»	57
3.2 L’A.P. dell’Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità	»	60

3.3 Il progetto della Regione Basilicata: un modello di accessibilità	pag.	61
3.4 Le azioni del progetto	»	64
4. Le Linee Guida sull'accessibilità turistica in Basilicata	»	77
4.1 Finalità delle Linee Guida	»	77
4.2 Criteri di prioritizzazione delle tematiche oggetto di LG	»	78
4.3 Principi chiave e percorso per la produzione di una LG	»	79
4.4 Composizione e ruolo del GTS	»	79
4.5 Percorso di definizione delle LG	»	80
4.6 Dai quesiti alle raccomandazioni	»	81
4.7 Organizzazione delle raccomandazioni	»	86
 III. Accessibilità e valore socio-economico		
5. Turismo accessibile e sviluppo locale	»	95
5.1 Inserimento, integrazione e inclusione	»	95
5.2 Disabilità ed economia circolare	»	99
5.3 Tipologie di inserimento lavorativo	»	107
5.4 L'azienda: tra inserimento lavorativo, mercato e fruizione di servizi	»	109
5.5 La rilevanza economica dell'accessibilità	»	114
6.1 Turismo e sviluppo della comunità locale	»	116
6.1 Un welfare attento alle comunità	»	116
6.2 Conclusioni: la sfida dell'accessibilità	»	118
Bibliografia e sitografia di riferimento	»	121

*A Francesco,
per il suo contagioso senso della vita*

Introduzione

Definizione di turismo

Il termine turismo deriva dalla parola francese “tour” che significa giro, viaggio. Una delle definizioni riconosciuta dagli studiosi del settore, è quella dell’OMT - Organizzazione Mondiale del Turismo secondo la quale il Turismo

è l’insieme delle attività delle persone che effettuano uno spostamento o soggiornano al di fuori dell’abituale ambiente per almeno 24 ore e comunque per un periodo non superiore ad un anno.

Diverso è l’escursionista o il semplice visitatore inteso come colui che si allontana dalla propria residenza per un lasso di tempo inferiore alle 24 ore, quindi senza effettuare un pernottamento.

L’OMT basa la sua definizione di turismo fondamentalmente su un fattore economico. Infatti, considera turisti coloro che durante i propri viaggi usufruiscono di servizi a pagamento e apportano denaro nel luogo di destinazione. Di conseguenza i diplomatici, i militari, i frontalieri, i nomadi e i rifugiati non sono considerati turisti in quanto solitamente non spendono denaro ma bensì lo chiedono.

Se il viaggio caratterizza la storia dell’umanità poiché l’uomo ha avuto da sempre l’esigenza di conoscere, esplorare, ricercare nuovi habitat e condividere la propria cultura, il turismo è un fenomeno che coinvolge essenzialmente l’età moderna.

Come sostiene Salvatore Monaco [2019], è soltanto con l’avvento della modernità che fare turismo è diventata una pratica socialmente istituzionalizzata. La moltiplicazione dei mezzi di trasporto e delle infrastrutture, lo sviluppo degli strumenti di comunicazione e l’incremento dei servizi per i viaggiatori, infatti, hanno contribuito gradualmente a trasformare

l'esperienza del territorio in una nuova forma di consumo, finendo per attribuire al viaggio nel corso del tempo forme e significati diversi e differenziati.

Prima dell'età contemporanea, il turismo (come definito precedentemente) era una pratica esclusiva per l'aristocrazia e borghesia per coltivare piaceri, interessi e acuire il livello culturale e di conoscenze.

Dall'800 in poi, il turismo si estende a tutte le classi fino a diventare, nel XIX un consumo di massa.

Oggi giorno con il termine *turismo* intendiamo l'insieme di attività e di servizi a carattere polivalente che si riferiscono al trasferimento temporaneo di persone dalla località di abituale residenza ad altre località per fini di svago, riposo, cultura, curiosità, cura, sport ecc. Il turismo è pertanto trasferimento ciclico: partenza dal domicilio abituale, arrivo ed eventuale soggiorno nella località di destinazione, ritorno alla località di partenza [Trecani, 2024].

Le motivazioni che inducono al trasferimento sono differenti e si possono categorizzare come segue:

- turismo *leisure* e culturale;
- turismo religioso;
- turismo di lavoro e da business;
- turismo scolastico;
- turismo sportivo;
- turismo del benessere;
- turismo sanitario;
- turismo sessuale.

Il *turismo leisure e culturale* è quello che meglio incarna il concetto stesso di turismo in senso lato. È per questa ragione che comprende il segmento di mercato più importante. Il turista in tal caso è colui che viaggia per svago, divertimento, voler vivere un'esperienza con altre persone: spesso familiari, amici, semplici "compagni di viaggio", raramente da solo. Le mete possono variare a seconda dell'interesse per cui si pianifica la vacanza. In base alla meta (luogo), scelta dal turista, si differenziano i servizi offerti. È per questa ragione che si parla di:

- turismo balneare;
- turismo montano.

L'Italia vanta oltre 8 mila chilometri di costa, 800 isole (escluse le due isole maggiori Sicilia e Sardegna) di cui solo 77 presentano agglomerati urbani, dunque vissute da persone del luogo. A ciò si devono aggiungere la catena montuosa alpina che si estende nel territorio italiano, su una lunghezza di circa 1200 chilometri e una superficie di quasi 52 mila chilometri quadrati, pari al 27,3% della superficie totale delle Alpi. Gli Appennini

invece sono il sistema montuoso lungo circa 1200 chilometri che si distende dalla zona settentrionale d'Italia fino a quella meridionale. L'Italia inoltre, conta oltre 1200 fiumi e una trentina di laghi; 50 mila grotte naturali esplorate; 24 parchi nazionali e 27 aree marine protette; 134 parchi regionali e 18 parchi interregionali; 147 riserve naturali statali; 3 aree naturali protette; 365 riserve naturali regionali e 171 altre aree protette di diversa classificazione¹.

È in questi territori che il turista programma la propria vacanza con lo scopo di godersi relax, divertimento e scoperta dei luoghi con un interesse sia naturalistico sia culturale.

Tra il turismo di piacere vi sono anche i parchi divertimento (circa 400 in tutta la penisola). Questi sono tematici, acquatici, faunistici e di avventura. Poi si aggiungono i 35 zoo, delfinari e giardini zoologici [LAV, 2024]

Il *turismo culturale* consiste nella possibilità di visitare luoghi di particolare interesse storico-artistico. L'Italia, è il primo paese con il maggior numero di siti UNESCO, contando il 5% dei luoghi Patrimonio dell'Umanità. Inoltre, si contano circa 4 mila luoghi in circa 2400 comuni, in cui vi sono musei, aree archeologiche, monumenti o complessi monumentali. Il turismo culturale comprende anche eventi culturali che favoriscono una particolare attrazione. Sono un esempio le sagre, le fiere, i palii, feste, concerti e celebrazioni non di tipo religioso.

Una sottocategoria del turismo di piacere e culturale è quello che possiamo definire *turismo matrimoniale*. Con questa sotto-categoria si intende la meglio conosciuta “luna di miele”. In Italia ogni anno si celebrano con rito civile e religioso poco meno di 190 mila matrimoni. [Istat, 2023].

Per i devoti, vi è appunto il *turismo religioso*, definibile come quel viaggio che si svolge presso luoghi sacri e di culto al fine di partecipare a celebrazioni e altri rituali ecclesiali.

Nei luoghi di maggiore attrazione culturale si concretizza il *turismo scolastico*. Si tratta delle consuete gite organizzate dalle scuole di ogni ordine e grado per accrescere le conoscenze didattiche di alunni e studenti consentendo di visitare luoghi storico-culturali e partecipazione ad eventi di interesse didattico. Gli studenti poi, si spostano per meeting, contest (sono un esempio le “Olimpiadi della matematica”) e scambi culturali e gemellaggi tra scuole. Per gli studenti universitari, tali scambi (per esempio i programmi Erasmus) rientrano in quello che possiamo definire *turismo di studio*.

Il *turismo per lavoro e business* riguarda sia dipendenti di aziende sia professionisti che si trasferiscono da luoghi di origine (abitazione e/o lavoro) ad altri luoghi (più o meno distanti) per svolgere e/o seguire corsi di

¹ VI aggiornamento dell'Elenco Ufficiale nel rispetto della L. 394/91.

formazione e aggiornamento, partecipare a meeting, congressi, convegni e seminari tematici. Un sottotipo di turismo per motivi di carriera è il cosiddetto *turismo politico*. Questo interessa politici di professione, amministratori locali, tesserati di sigle sindacali e simpatizzanti di partiti e movimenti politici che partecipano a meeting, congressi e conferenze.

Il *turismo sportivo* riguarda sia coloro che praticano sport sia coloro che partecipano ad eventi sportivi come tifosi, appassionati e cultori delle discipline sportive. Nel primo caso, si deve fare una distinzione per categoria: vi sono le competizioni agonistiche dilettantistiche e manifestazioni professionali. Nel primo caso, gli atleti presentano età differenti (dai bambini agli anziani) e sono spesso accompagnati da parenti oltre che dai dirigenti e tecnici delle associazioni dilettantistiche. Per le competizioni professionistiche, le società contano un nutrito numero di atleti, dirigenti, professionisti di vario genere (capo delegazione, ufficio stampa, medici, figure sanitarie, preparatori atletici, ecc.) e numerosi supporters.

Le tipologie di turismo appena definite prevedono una possibilità di scelta rispetto ai luoghi da visitare e frequentare da parte della persona o gruppi di persone. Vi è anche una tipologia di turismo in cui l'attore protagonista del suo viaggio è quasi obbligato nella scelta della sua meta. Un esempio è il cosiddetto *turismo sanitario*. Si tratta di quelle mete in cui la persona si reca per ricevere cure adeguate. In quanto paziente di un servizio sanitario per ricevere visite mediche (di ogni tipo di specializzazione) ma anche interventi chirurgici di medio-grave difficoltà, questi è accompagnato da altre persone (spesso genitori, figli, coniugi, partner). Per questo sono necessari alloggio e servizi adeguati per tutti gli accompagnatori, oltre che per gli stessi pazienti. Le mete sono spesso luoghi in cui è presente una struttura di eccellenza e personale sanitario di alto profilo.

È considerato turismo sanitario anche il soggiorno in quei luoghi ove sono presenti stazioni termali, servizi di riabilitazione motoria e centri benessere per soggetti con problemi di salute.

Diverso è il *turismo for wellness* con l'obiettivo della ricerca di benessere psicofisico. Sono un esempio i centri benessere ove sono praticati sauna, bagno turco, idromassaggio, aromaterapia, idroterapia, trattamenti viso-corpo, ecc. Una sottocategoria è il *turismo esperienziale* ove il turista è alla ricerca di un equilibrio interiore e un benessere psicofisico. Il turista che si profila è un viaggiatore che gradisce viaggi introspettivi, spesso in solitaria o in piccolo gruppo, con o senza momenti di avventura. Il turismo esperienziale si differenzia dal turismo tradizionale perché non predilige il viaggio e il consumo di massa.

Un'altra categoria è quella del *turismo sessuale*. L'Organizzazione Mondiale del Turismo definisce il turismo sessuale come viaggi organizzati dagli operatori del settore turistico, o da esterni che usano le proprie strutture e reti, con l'intento primario di far intraprendere ai turisti una relazione sessuale a sfondo commerciale con i residenti del luogo di destinazione. Questo tipo di turismo ha, secondo l'ONU, conseguenze sociali e culturali sia per i paesi d'origine sia per quelli di destinazione, particolarmente in quelle situazioni ove si sfruttano le diseguaglianze di sesso, età, condizione sociale ed economica delle popolazioni delle mete turistiche [Gennaro, 2012].

Le tipologie di turismo appena illustrate possono essere a loro volta segmentate per età dell'attore sociale definito turista. Il fattore età genera un modo differente di interpretare il ruolo di turista.

Turismi e generazioni di turisti

Con la differenziazione per classe di età si fa riferimento al concetto di generazione, significativo per le scienze sociali (dalla sociologia alla demografia, dalla storia all'economia, dalle scienze politiche all'antropologia) se pur con significati differenti.

L'autore che per primo ha formulato nella letteratura sociologica, in termini sufficientemente rigorosi, il problema delle generazioni è Karl Mannheim [1928]. L'autore sostiene che a determinare una generazione è la possibilità di una parte della popolazione di partecipare agli stessi avvenimenti e contenuti di vita e, soprattutto, di essere esposti alle stesse modalità di stratificazione della coscienza.

Strasse e Howe [1991] hanno recentemente distinto quattro generazioni. Gli autori hanno basato l'idea di "generazione" sul principio che ogni 20-25 anni i mutamenti sociali, culturali, economici e politici determinano dei cambiamenti nella vita quotidiana dei singoli individui, i quali recepiscono la realtà in modo differente rispetto a coloro che gli anni precedenti.

Ciò che contraddistingue una generazione dall'altra sono i seguenti criteri:

- condividono esperienze collettive
- crescono nello stesso humus socio-culturale
- sono accomunate da valori, credenze e comportamenti
- sentono di appartenere a un gruppo (la generazione) differente da quelli che li hanno preceduti. Di conseguenza, sono consapevoli che le generazioni successive saranno differenti dalla loro.

Nell'ultimo secolo, si possono così distinguere quattro generazioni.

La *generazione silente* è data da coloro che hanno vissuto nella prima metà del '900. Si tratta di coloro che hanno vissuto l'infanzia prima e durante le guerre mondiali: definita come generazione silenziosa.

A questa generazione è succeduta la generazione dei *baby boomers*, ossia coloro che sono nati nel periodo storico successivo al Secondo conflitto mondiale e che hanno vissuto a pieno lo sviluppo socio-economico del periodo post-bellico europeo.

La *generazione X* include coloro che sono nati nell'arco temporale tra gli anni '60 e gli anni '80. Sono coloro che hanno vissuto la nascita e l'espansione delle nuove tecnologie: dalla televisione al personal computer.

La generazione definita dei *Millennials* invece comprende coloro che hanno vissuto l'infanzia tra la fine degli anni '80 e l'inizio del nuovo millennio. Sono coloro che sono vissuti già da piccoli con un largo uso di prodotti tecnologici come: videogame portatili, telefoni cellulari, Compact disk, ecc.

I nativi digitali, meglio conosciuti come *generazione Z*, sono inclusi nella categoria dei nati nei primi anni del nuovo millennio. Questi sono, sin da piccoli, connessi alla rete internet e usano i device in modo abituale sin dai primi anni di vita.

Per ognuna delle generazioni si profila una tipologia di turismo.

Riprendendo quanto scritto da Monaco [2019], i baby boomers e la *Silent Generation* sono oggi i protagonisti del cosiddetto turismo della terza età. A dispetto di quanto si possa pensare, questi soggetti non vivono la propria vecchiaia in maniera stanziale, ma anzi costituiscono una fetta importante del mercato turistico [ISNART, 2013]. La terza età non è più sinonimo di inattività ma è una generazione che pretende un invecchiamento sano e attivo [Giarelli, 2014]. Questa tendenza ad avere anziani in grado di ricoprire adeguatamente il ruolo di turista porta a stimare che nel 2050 vi sarà un volume della popolazione turistica con età superiore ai 65 anni di circa il 40% rispetto alla popolazione turistica complessiva [Eurostat, 2017]

Questa è la generazione che esprime esigenze particolari per la frequente presenza di difficoltà motorie. Predilige il turismo culturale, balneare e montano. In particolare è il motore del turismo religioso e sanitario.

Il turismo dei *Millenians* riguarda coloro che hanno un'età compresa tra i 25 e i 40 anni. È la generazione di coloro che hanno investito nello studio, più delle precedenti generazioni ma che al contempo vivono maggiore precarietà lavorativa. Questa è la generazione che fa largo uso del turismo per lavoro e business ma anche del tradizionale turismo *leisure* e culturale ma, non disponendo spesso di stipendi certi e sicuri, tale generazione preferisce un turismo a basso costo e con una durata minore. Questa è anche la generazione

che ha più delle precedenti avuto la possibilità di un turismo scolastico, di studio e aperto le porte alla massificazione del turismo *for wellness*.

La *generazione Z* è composta dagli attuali adolescenti e ventenni. Sono coloro che prima di vivere l'esperienza diretta della vacanza, la vacanza la cercano attraverso le esperienze vissute dagli altri. Ecco perché conta il giudizio espresso mediante siti internet, canali social e applicazioni per device. Gli influencer (nuova figura entrata prepotentemente nel mercato del lavoro) sono coloro che esprimono un giudizio condizionando la scelta di diversi loro "seguaci". Una novità sta nella predisposizione alla condivisione, facendo così dilagare la cosiddetta *sharing economy*. È frequente condividere posti auto per un tratto di viaggio in comune, case private (soprattutto se sfitte), parcheggi auto e mezzi di trasporto (per esempio biciclette). La *sharing economy* è dunque un'economia attenta al risparmio economico, al riciclo e dunque alla sostenibilità ambientale. Un *modus operandi* che sta cambiando il modo di vivere la quotidianità, quindi anche il modo di fare vacanza.

Turismo "normale" o normale atipicità del turismo?

Quanto illustrato finora, riguarda un fenomeno che rimanda ad un idealtipo di turista inteso come una persona che non presenta particolari difficoltà negli spostamenti per via di specifiche esigenze psico-fisiche. Dunque, con il termine generico di turista facciamo sì fa generalmente riferimento ad una persona (o gruppi di persone) intesa come "normale".

Che cos'è la normalità? è un dilemma di cui potremmo discutere per ore intere o scrivere interi volumi, deviando la nostra discussione sul tema in questione. Ma pur sempre va affrontato, anche se in modo breve e sintetico.

Partiamo dal presupposto che nel nostro modo di ragionare, abbiamo bisogno di categorie mentali che servono per fare nette distinzioni tra ciò che è un prodotto idealtipico e ciò che diverge da questo.

Il concetto di normalità ha origini assai recenti e trae origine dall'esperienza di statistici intenti nell'individuare la frequenza di un fenomeno naturale distinguendolo dalle sue eccezioni, cosiddetta *anormalità*.

La nascita del termine "normalità" ha una data precisa: primo gennaio del 1801. Quell'anno un presbitero e astronomo italiano di nome Giuseppe Piazzi stava cercando di individuare un pianeta tra Marte e Giove, ma scoprì una nuova stella. Monitorò i movimenti del corpo celeste – che chiamò *Ceres*, come la dea romana dell'agricoltura – fino al primo febbraio dello stesso anno (un mese dunque), quando la stella si avvicinò troppo al sole e

scomparve. A ottobre i dati pubblicati da Piazzi raggiunsero un matematico tedesco, Carl Friedrich Gauss.

Piazzi non era riuscito a effettuare un numero sufficiente di misurazioni per stabilire l'orbita di Ceres, ma Gauss utilizzò una formula matematica per ricavare una media che, trasposta su un grafico, si presentava come una curva a campana, con un picco arrotondato al centro e una lunga coda ai due lati. Gauss era in grado di dichiarare che Ceres sarebbe spuntata proprio nel punto corrispondente al centro esatto della sua curva. Da quel momento, la curva prese il nome del suo inventore: "curva (o distribuzione) di Gauss". Trent'anni prima, un certo Pierre Simon Laplace aveva predisposto una curva simile per valutare gli errori di osservazione che prese il nome di "curva degli errori". Un motivo in più per chiamare questa tipologia di grafico "curva di Gauss-Laplace".

Ma nelle scienze sociali, un giovane belga di nome Adolphe Quetelet ebbe il merito di utilizzare la curva degli errori per le misure umane. Misurando ogni aspetto fisico, comportamentale e cognitivo delle persone si giungeva a definire come normale tutto ciò che era maggiormente frequente tra la popolazione osservata. Le due code della curva rappresentavano di conseguenza le eccezioni o la anormalità. Come osserva Sara Chaney [2023]:

fu dunque un semplice grafico a dare vita all'ossessione scientifica per la normalità

Ritornando al ruolo sociale di turista, tendenzialmente lo immaginiamo come la persona "normale" che decide, pianifica, attua e riporta l'esperienza di un viaggio teso a soddisfare una particolare interesse (culturale, ricreativo, di benessere psico-fisico, di lavoro o studio, ecc.).

Ma la normalità è un concetto statistico. La realtà dei fatti contraddice il modello teorico e la costruzione di stereotipi poiché, la parte centrale della gaussiana rappresenta solo il 15-20% degli individui. Il restante 80% circa è dato da varianti statistiche che determinano una graduale divergenza della norma fino a considerare la netta anormalità. Un vero e proprio paradosso che in precedenti volumi dedicati alla disabilità l'ho definito "Paradosso di Gulliver" [Di Santo, 2013 e 2020].

Il concetto di disabilità (così come quello di salute) secondo l'approccio bio-psico-sociale vive un vero e proprio paradosso: ognuno può vivere una limitazione delle proprie capacità e nella partecipazione a seconda del contesto in cui si vive, dunque del parametro a cui ci si relaziona. E sappiamo che il parametro, in statistica, corrisponde alla misura di sintesi che descrive una caratteristica della popolazione di riferimento.

Per meglio dimostrare questo concetto, è utile richiamare *I viaggi di Gulliver*, famoso romanzo di Jonathan Swift del 1726.

In ogni suo viaggio, Gulliver, se pur sempre lo stesso nell'aspetto fisico e nella sua integrità biologica, morale ed etica, sembra assumere dimensioni, intelligenza, spirito di bontà e di sapienza a seconda del parametro di riferimento della comunità in cui vive. Così, nell'isola di Lilliput è un temuto gigante mentre a Brobdingnam è un essere minuscolo; rimane impressionato dalla ottusità dell'Accademia degli inventori di Lagado mentre resta affascinato dagli spettri dei personaggi più famosi della storia dell'umanità (da Platone ad Aristotele, da Alessandro Magno a Cicerone, ecc.). Inoltre, è rapito dalla sapienza, dalla bontà, dalla fedeltà, e dall'unità dei cavalli razionali tanto da riconoscere negli uomini, gli *yahù*, le infernali abitudini di mentire, truffare, ingannare e giocare sull'equivoco; causa queste dei conflitti più disparati.

La persona dunque, in generale, a seconda del parametro di riferimento, può ritrovarsi in una condizione modale, normale, oppure in una situazione eccezionale, anormale.

Il paradigma della normalità viene di fatto scongiurato proprio dalla logica insita nell'approccio bio-psico-sociale in cui ogni individuo possiede delle singolari peculiarità tali da considerare la stessa persona normale o anormale a seconda del parametro di riferimento: una trasposizione da un lato all'altro della gaussiana a seconda delle capacità e delle performance espresse nel proprio contesto di vita.

Per fare un esempio, un atleta paralimpico può essere campione se si considerano le prestazioni atletiche, dunque fuori dal comune; ma può essere un'eccezione negativa se consideriamo l'assenza (parziale o totale) di una parte del corpo o di funzioni corporee che lo rendono diverso rispetto al resto della popolazione. I concetti di "positivo" e "negativo" rappresentano lo stereotipo di una persona diversa al normale [Di Santo R, Magoni G., 2020].

È nel rispetto di questa logica, nel considerare tutti coloro che divergono dalla norma e che di fatto sono persone che esprimono particolari bisogni, che si innesta il concetto di "accessibilità".

Se per *accessibilità* si intende la possibilità di usufruire liberamente di beni e servizi a seconda delle proprie esigenze, per *turismo accessibile* si intende qualsiasi mezzo o strumento teso a garantire ad ogni persona di poter ricoprire il ruolo di turista in modo:

- *adeguato* (perché deve soddisfare i bisogni espresso dalla persona);
- *libero* (la persona non deve essere condizionata nel vivere la propria esperienza di vita);

- *rispettoso* (perché la persona non deve subire emarginazioni ed etichette prodotte da falsi miti, stereotipi e pregiudizi).

Il volume intende riflettere proprio sul concetto di accessibilità riferendosi agli innumerevoli bisogni espressi da un individuo. È evidente che nella vasta gamma di bisogni, la persona con disabilità rappresenta l'emblema dei bisogni psico-fisici e che richiama maggiormente il concetto di accessibilità. Ma la condizione di disabilità non è l'unica espressione di bisogno di accessibilità. Altri esempi sono: le donne in stato di gravidanza; gli anziani con particolari difficoltà psico-fisiche non proprio disabilitanti ma comunque da attenzionare; le donne con bambini a seguito; donne in attesa e neo-mamme; persone con menomazioni transitorie in corso di recupero; persone che necessitano di un costante collegamento alla rete; persone con particolari allergie e intolleranze alimentari; persone con difficoltà alimentari e metaboliche; persone che necessitano servizi per animali domestici; persone che necessitano di riguardo per le proprie credenze, culto e religiosità; persone che richiedono rispetto del proprio genere.

È nella vasta costellazione di bisogni che si va a collocare il cosiddetto *turismo accessibile* ove per accessibile si intende la possibilità di rendere fruibili beni, servizi e luoghi per ogni tipologia di occorrenza espressa dal cittadino. Pertanto, un luogo, un servizio o una struttura è definibile *accessibile* quando tutte le persone possono beneficiare a prescindere dalle caratteristiche psico-fisiche dell'individuo.

Da un punto di vista sociologico, il concetto di accessibilità annulla il concetto di normalità, perché scardina la dicotomia normalità/anormalità e focalizza l'attenzione sui bisogni espressi da un individuo. Poiché ogni individuo è portatore di bisogni, un luogo/servizio è accessibile quando non impedisce a nessuno di usufruire di quanto disposto.

L'eliminazione di barriere fisiche e socioculturali vorrebbe dire rendere una persona attiva e partecipe nel proprio contesto di vita. In altre parole, se la disabilità è intesa come ogni forma di limitazione dell'attività e restrizione della partecipazione sociale, l'ambizione di avere luoghi e servizi accessibili vanificherebbe l'etichetta di disabilità e otterremmo una società pienamente inclusiva.

Il volume è composto da tre parti: la prima parte tratta le definizioni di accessibilità e di disabilità, dimostrando un modello interpretativo tra i due fenomeni sociali; la seconda, invece, riporta l'esperienza maturata in Basilicata di un progetto di accessibilità turistica per persone con disabilità; la terza parte è una conclusione del volume che tratta in modo sintetico l'importanza

del turismo accessibile per uno sviluppo economico, produttivo e culturale,
in modo particolare per le comunità locali.

I. Relazione tra accessibilità e disabilità

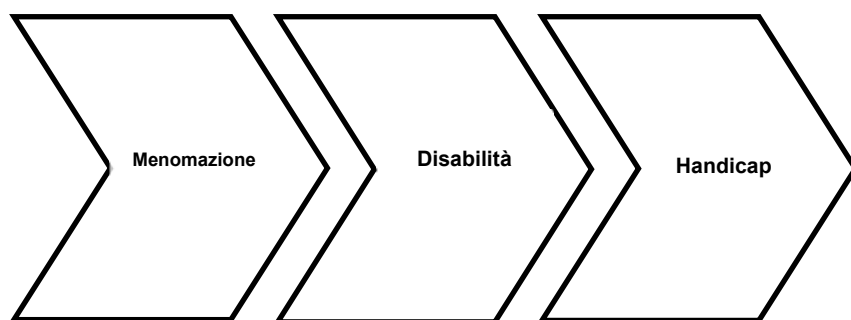
1. Definire la disabilità: paradigmi, teorie e luoghi comuni

1.1 La Disabilità nelle Classificazioni dell'OMS

Dibattere sulla definizione di disabilità è un'attività assai complessa per diverse ragioni. Una fra tutte è quella di scardinare l'idea che la disabilità è strettamente connessa al concetto di malattia. Ciò è dovuto essenzialmente ad un modello medico-centrico, riportato nell'ICIDH - *International of Impairment, Disabilities and Handicaps*) redatto e pubblicato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nell'ormai lontano 1980.

Il nucleo centrale di questo lavoro [Soresi 1998: 18], è stata la definizione concettuale di malattia distinta in tre espressioni correlate tra loro in modo sequenziale: *Empairment* (menomazione), *Disability* (disabilità) ed *Handicap* [OMS 2001b] (fig. 1).

Fig. 1 – Rappresentazione grafica della relazione tra menomazione, disabilità ed handicap nell'ICIDH-80



I tre concetti sono una conseguenza dell'altro: una malattia implica uno stato di menomazione, il quale comporta una condizione di disabilità che a sua volta provoca la condizione di handicap [Di Santo, 2013: 37].

Se la menomazione rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico, per *Disabilità (Disability)* si intendono gli scostamenti per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nella espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso. Tali scostamenti possono avere carattere transitorio o permanente ed essere reversibili o irreversibili, progressive o regressive. Inoltre, possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione di un soggetto, specialmente da un punto di vista psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura. La disabilità si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno. La definizione fa intendere che la *disabilità* è uno stato in essere di un soggetto in una scala di valori che va dall'*inabilità* (assoluta incapacità di svolgere una determinata o una serie di azioni) all'*abilità*.

L'handicap invece, non è un sinonimo del termine precedente bensì è definito come una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali. Esso è caratterizzato dalla discrepanza tra l'efficienza o lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza e di stato sia dello stesso soggetto che del particolare gruppo di cui fa parte. L'handicap rappresenta pertanto la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze (culturali, sociali, politiche, economiche ed ambientali) che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio proviene dalla diminuzione o dalla perdita della capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie all'universo che circonda l'individuo [ibidem].

Il vocabolo *handicap* ha origine dall'irlandese ed è il risultato della trasformazione dell'espressione *hand-in-cap*, ossia "mano nel cappello", utilizzata dai mercanti di cavalli i quali usavano mettere il loro denaro in un berretto come dimostrazione di un affare concluso [Lonardi 2005: 181]. Ma il termine è più famoso per il suo utilizzo nel gioco d'azzardo, in particolare nelle scommesse delle gare ippiche, in cui il giocatore punta la sua cifra nel cappello del conduttore del gioco ed incassa il montepremi alla conclusione della gara. Sempre nel mondo ippico, il termine è utilizzato per indicare i pesi e/o le distanze che vengono applicate sui cavalli più forti in modo da

pareggiare le probabilità di vittoria dei concorrenti: dare la possibilità ai cavalli meno forti di vincere la corsa [Di Santo, 2013: 61]

C'è voluta la pubblicazione di una successiva classificazione (ICF - *International Classification of Functioning, Disability and Health*) grazie al quale l'OMS ha avuto la possibilità di proporre un nuovo modello antropologico, differente dal precedente. Con questo nuovo strumento, pubblicato nel 2001, non si punta a classificare le malattie ma le "componenti della salute"; si assume una posizione neutrale rispetto all'eziologia, permettendo ai ricercatori e ai clinici di fare inferenze causali utilizzando i metodi scientifici più appropriati ed integrando in maniera completa il modello medico con il modello sociale. La classificazione ICF veicola una serie di importanti cambiamenti a livello culturale sui concetti di salute, funzionamento e, soprattutto, disabilità. Per molto tempo, infatti, il concetto di salute è stato sovrapposto a quello di assenza di malattia, un modello prettamente di stampo medico-organicista che, invece, recentemente (con l'ICF appunto) è stato ampliato con altre componenti [Leonardi 2005: 11].

All'unidirezionalità menomazione/disabilità/handicap si contrappone la varietà di interrelazioni tra le dimensioni definite costituenti lo stato di salute di una persona in un preciso momento della sua vita. Alla logica precedente in cui l'handicap era inteso come una conseguenza lineare di una menomazione e di una disabilità si avanza una logica ove alla menomazione subentrano le funzioni e le caratteristiche corporee mentre alla disabilità e all'handicap subentrano le attività e la partecipazione della vita sociale di un soggetto.

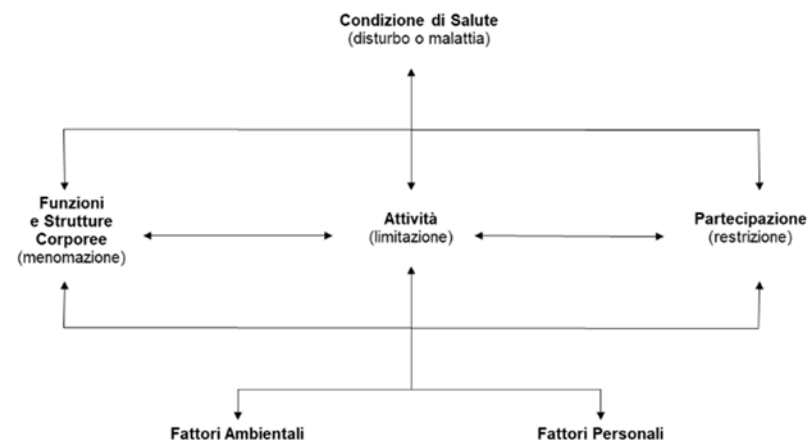
Se nelle Funzioni e Strutture corporee sono comprese ovviamente le funzioni fisiologiche e le parti strutturali e anatomiche del corpo umano, per *Attività* l'OMS intende l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Invece, con il termine *Partecipazione* si considera il coinvolgimento in una situazione di vita. Così, per *limitazioni dell'attività* si intendono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività; mentre per *restrizione della partecipazione* si racchiudono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.

I domini della componente *Attività & Partecipazione* prevedono due qualificatori: *Performance* e *Capacità*. Il primo di questi descrive ciò che un individuo fa nel suo ambiente attuale mentre con il secondo qualificatore descrive le abilità di un individuo di eseguire un compito o un'azione. Quest'ultimo costruito ha lo scopo di indicare il più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un dato dominio, in uno specifico momento [OMS 2001a: 19].

È chiaro che *Attività & Partecipazione* sono strettamente legate e condizionate dai fattori ambientali, i quali comprendono l'ambiente fisico, sociale

e degli atteggiamenti in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza. Questi fattori sono esterni agli individui e possono avere un'influenza positiva o negativa sulla partecipazione dell'individuo come membro della società, sulla capacità dell'individuo di eseguire azioni o compiti, o sul funzionamento o sulla struttura del corpo. Tali fattori possono dunque costituire sia una barriera sia un facilitatore per lo stesso individuo. [Di Santo, 2013 44].

Fig. 2 - Interazioni tra le componenti dell'ICF [OMS 2001a: 23]



L'esperienza maturata fino ad oggi, porta a definire la disabilità come l'assenza, la restrizione, la compromissione di una o più capacità nello svolgere un'attività con delle performance ritenute normalmente attese a seconda dell'età, del sesso, delle caratteristiche psicofisiche e del contesto socio-culturale di riferimento.

In altri termini si definisce la disabilità come

ogni forma di limitazione delle attività e restrizione della partecipazione sociale. In questo modo, ogni facilitatore tende ad annullare una specifica forma di limitazione delle capacità e porta al più alto livello di performance di una qualunque abilità.

I fattori ambientali sono determinanti nell'accrescere limitazioni ponendo barriere oppure accrescendo livelli di autonomia personale o sociale rendendo la persona attiva e partecipe nel suo contesto di vita.

1.2 La disabilità: stereotipi, pregiudizi e stigma

Nel campo della salute, la diversità intesa per evidenziare caratteristiche psico-fisiche che differiscono dalla normalità attesa, coincide spesso con il concetto di *disabilità*. Di fatto, questo termine è largamente usato sia in ambiti professionali sia nel gergo comune, proprio per evidenziare le differenze di un individuo verso le *normali* caratteristiche bio-psichiche e i relativi comportamenti del singolo in rapporto alla massa.

Il termine *disabilità* vede un corollario di espressioni strettamente connesse che tendono ad esprimere significati e significanti simili ma non uguali tra loro, come: *handicap* e *menomazione* (già precedentemente definiti), *inabilità*, ecc. La persona con disabilità diventa nel gergo popolare: *strano, diversamente abile o diversabile, menomato, minorato, incapacità, limitato, affetto da...*, *persona speciale*. Concetti e fenomeni distinti, utilizzati come sinonimi anche se non è vi è una reale sinonimia. Questi sono termini che rafforzano l'etichetta. Un esempio è il termine *diversabile*, nato dalle due parole: *diversità* e *abilità*. Due concetti diametralmente opposti che si dovrebbero neutralizzare. Invece, il termine *diversabilità* amplifica lo stigma di disabile. Proviamo a immaginare di adottare una logica simile per i poveri (diversamente ricchi), gli anziani (diversamente giovani), gli stranieri (diversamente italiani), bambini (diversamente adulti). Avremmo di sicuro un effetto linguistico improponibile, grottesco e per questo motivo irrispettoso per la dignità delle persone additate.

Nel gergo comune, i termini sopra indicati, rappresentano delle vere e proprie etichette.

In sociologia, ogni forma di etichetta è definita come stigma. L'autore che ha trattato questo concetto è il sociologo Erving Goffman. Per l'autore canadese, lo stigma è un genere particolare di rapporto tra l'attributo e lo stereotipo che produce discredito nei confronti dell'attore sociale che riveste l'etichetta di malato e/o di disabile.

Per Goffman vi sono tre tipi di *stigma*. Al primo posto troviamo le deformazioni fisiche. Al secondo gli aspetti criticabili del carattere che vengono percepiti come mancanza di volontà, passioni sfrenate o innaturali, credenze malefiche e dogmatiche, disonestà. Infine, ci sono gli stigmi tribali della razza, della nazione, della religione, che possono essere trasmessi di generazione in generazione e contaminano in egual misura tutti i membri di una famiglia. Comunque, in tutti questi esempi di stigma spiccano le stesse caratteristiche sociologiche. Un individuo che potrebbe facilmente essere accolto in un ordinario rapporto sociale possiede una caratteristica su cui si focalizza l'attenzione di coloro che lo conoscono alienandoli da lui,

spezzando il carattere positivo che gli altri suoi attributi potevano avere [Goffman 1983: 4-5].

In psicologia, invece, con lo stereotipo e il pregiudizio sono i due meccanismi che comportano l'esclusione sociale (ed in tal caso, delle persone etichettate come *disabili*).

Il pregiudizio – come sostiene Patrizia Ciccani [2008: 14] – è infatti un qualcosa che arriva alla mente prima della coscienza, perché blocca le emozioni e impedisce di conoscere qualcosa che viene appreso per tradizione, per sentito dire o che, secondo alcuni, è innato, che viene tramandato di generazione in generazione, difficilmente definibile con un solo concetto. Eppure è qualcosa che imprigiona le persone, le rende diverse da quelle che sono e le allontana le une dalle altre, provocando incomprensioni e sofferenze nelle relazioni interpersonali e scontri che arrivano a guerre tra popoli, addirittura a stermini.

Il pregiudizio è dunque un giudizio – spesso errato – emesso prima della esperienza che possiamo applicare a fatti, eventi, gruppi; dall'altra in un senso più ampio; è una tendenza a considerare in maniera sfavorevole un determinato gruppo sociale, quindi un atteggiamento. In entrambi i casi il pregiudizio orienta concretamente le azioni e i comportamenti delle persone [ibidem: 19].

Di fatto, il pregiudizio detta un ordine ai comportamenti umani che dunque generano conseguenze attese e predette che condizionano esageratamente la realtà. Basta fare l'esempio dell'associazione tra immigrazione = criminalità oppure devianza sociale = malattia psichica oppure disabilità = incapacità. Esempi, questi, che dimostrano come alcuni errati sillogismi portano a considerazioni generaliste che viziano la realtà e le considerazioni reali e oggettivabili: l'immigrato non è aprioristicamente un delinquente; uno psicotico non è certamente un pericolo sociale; un disabile non può non essere un lavoratore [Di Santo, 2013: 96].

Stereotipi e pregiudizi condizionano la realtà delle cose sia perché sono un meccanismo di difesa sia perché garantiscono una sorta di autoconservazione del potere esistente e persistente. Dunque, la diversità e il cambiamento sono sostanzialmente come delle minacce, dei pericoli e, per questo, intesi come destabilizzatori dell'ordine sociale.

Secondo Tajfel [1981: 212]

gli stereotipi hanno origine da un processo di categorizzazione. Essi introducono la semplicità e l'ordine, là dove in realtà sono presenti una complessità e una variazione pressoché casuale. Gli stereotipi sono un mezzo per ridurre la complessità cognitiva; essi sono un principio d'ordine. Come tali, servono

per l'orientamento degli individui nelle relazioni sociali attraverso la divisione e la dicotomizzazione, tendere cioè alla semplificazione della realtà percepita e non reale. Tale processo di categorizzazione o classificazione è per l'autore un processo necessario, "ordinario" della mente.

Le categorizzazioni che interessano Tajfel sono quelle che implicano un giudizio morale, che contengono una classificazione che dicotomizza ad esempio bene e male; normale e diverso; locale e forestiero.

Pertanto, data la complessità del tema, il fenomeno della disabilità è degno di osservazioni e sperimentazioni attraverso metodologie e tecniche differenti tra loro. Un fenomeno che certamente non può essere ridotto a conclusioni semplicistiche, approssimative e superficiali. Dunque, il contributo offerto dalla sociologia è di notevole importanza, nonostante tale argomentazione sia stata trattata, fino a qualche decennio fa, in modo più che altro implicito e marginale.

Prima di addentrarci sugli stereotipi e i pregiudizi nei confronti delle persone con disabilità è indispensabile considerare la differenza da un punto di vista etimologico e del rapporto tra l'approccio bio-medico e l'approccio sociale alla medesima questione.

Nella lingua latina con il prefisso *dis-* s'intendono le connotazioni negative di un qualunque concetto, sia esso di ordine qualitativo sia quantitativo. Un esempio lo sono gli odierni: *disaccordo*, *dissenso*, *disparità*, *disordine*, *disagio*, *disonestà*, *disperazione*, *disaggregazione*, *disimpegno*, *disadattato*, ecc.

Diverso è invece il prefisso *dys-* nel greco classico con cui si presuppone una neutralità del termine ed individua una devianza da una situazione modale, dalla normalità appunto. Una logica che richiama oggi un'osservazione statistica della realtà, ed è forse per questo motivo che le parole con tale prefisso sono state (e continuano ad essere) utilizzate nel linguaggio neutrale della medicina e delle scienze. Oggi, dalla lingua greca, ereditiamo termini come: *disfunzione*, *disattenzione*, *dissociazione*, *discrasia*, *disprassia*, *dislessia*, *dispnea*, ecc. [DI Santo, 2013]

Il termine *disabilità* rappresenta una duplice natura: la prima in cui si racchiudono le caratteristiche di un sapere tecnico, specialistico; la seconda richiama caratteristiche che rimandano all'etichetta, alla diversità e alla disuguaglianza.

Come vedremo nel seguito del lavoro, la disabilità rappresenta un fenomeno complesso, dinamico, multidimensionale, contestualizzabile [OMS 2011], frazionabile in una moltitudine di condizioni, fasi, sequenze e gradazioni.

Di fatto, i più recenti approcci epistemologici tentano di superare l'ormai atavica dualità tra il sapere bio-medico (focalizzato all'aspetto somatico) con

il sapere delle discipline umanistiche e sociali maggiormente interessate all'ambiente, alla psiche e alle relazioni sociali.

Nel *modello medico*, infatti, la disabilità è strettamente legata a problematiche fisiologiche e psicologiche che necessitano di particolari interventi al fine di ripristinare o il benessere fisico. Secondo tale modello, la disabilità è una conseguenza di una menomazione causata da malattie, disturbi o lesioni. Dunque si è soliti analizzare la questione del singolo individuo a cui è indicato un trattamento individuale, svolto da professionisti (medici, psicologi, infermieri, terapisti, ecc.) per un miglioramento dello stato di salute. Non a caso, la disabilità si confonde con concetti come menomazione e malattia.

Nel *modello sociale* invece, la disabilità è considerata come uno svantaggio determinato dall'ambiente fisico e sociale che di fatto restringe l'attività della persona con compromissioni in una o più funzioni vitali. Quello che per il modello medico è un problema personale, secondo tale modello è invece una questione che riguarda il sistema sociale, in cui appare primaria l'integrazione e l'azione collettiva piuttosto che l'individualità. In tal caso, la disabilità è sinonimo di disagio sociale.

Se nel modello medico, la struttura ed i servizi sanitari sono centrali per la risoluzione del problema, nel modello sociale è la politica (in tutte le sue forme e dimensioni) a determinare un benessere sociale e, solo conseguentemente, un benessere individuale.

Tra i due modelli contendenti, la sintesi hegeliana è rappresentata dal *modello bio-psico-sociale* in cui i due approcci sono inglobati per avere una prospettiva concreta e reale del fenomeno. Il disabile non è solo un soggetto con particolari menomazioni che gli impediscono di svolgere delle attività; ma è anche un soggetto che vive in un contesto culturale che gli permette o meno una certa inclusione sociale. Uno strumento applicativo, l'ICF, rappresenta proprio tale sintesi in cui la persona viene considerata nei suoi diversi aspetti: biologici, psicologici e socio-relazionali ed ambientali.

La teorizzazione di questo nuovo concetto di *Salute* coincide con la Conferenza internazionale di Alma Ata nel 1978, in cui sono stati elaborati alcuni concetti diventati successivamente decisivi per promuovere una diversa rappresentazione della salute. Dopo Alma Ata si sono succeduti una serie di incontri istituzionali per ulteriori approfondimenti, chiarimenti ed elaborazioni: nel 1986 è stata la volta del meeting di Ottawa dove fu sottoscritta la Carta che poneva tra gli obiettivi la *Salute per tutti nel 2000*; dieci anni dopo fu sottoscritta la Carta di Lubiana; mentre nel 1997 fu redatta la Dichiarazione di Jakarta. Un percorso istituzionale ma anche teorico che ha portato a concettualizzare con accurata precisione la salute come condizione di completo benessere biologico, psicologico e sociale.

La malattia, dunque, non è la negazione della salute bensì l'espressione del conflitto e della disarmonia dell'individuo nei confronti del proprio ecosistema [Bandura 2000]. Con ecosistema si intendono tutti gli spazi e gli ambiti nei quali una persona si trova a vivere in una sezione temporale della vita [Bissolo, Fazi 2005: 32].

Dunque, come da me rimarcato in altre occasioni già citate, nel campo medico come nel campo sociale, porta a definire la *disabilità* come l'assenza, la restrizione, la compromissione di una o più capacità nello svolgere un'attività con delle performance ritenute normalmente attese a seconda dell'età, del sesso, delle caratteristiche psicofisiche e del contesto socio-culturale di riferimento. In questo modo, l'individuo per svolgere un'attività deve necessariamente partecipare alla vita sociale.

Pertanto, il concetto presuppone l'inevitabile connubio della dimensione psico-fisica con la dimensione sociale ed ambientale.

Una definizione apparentemente chiara ma che rischia di provocare un paradosso. Infatti, se si considera *disabile* colui che è mancante in una qualche funzione o nello svolgere una qualsiasi attività performativa, possiamo accorgerci che sostanzialmente ogni persona vive proprie limitazioni (fisiche, psicologiche, sociali, ambientali) che le impediscono una performance normalmente attesa. È per questo motivo che possiamo concludere che tutti (o quasi) gli individui vivono (o possono vivere) una qualche forma di disabilità, anche se in modo sottile ed impercettibile. Così, si giunge ad un singolare sillogismo se la disabilità è una condizione umana, tutti gli uomini sono potenzialmente disabili. Ogni soggetto, di fatti, vive il proprio benessere (o malessere) a seconda della congruità (o incongruità) del contesto di vita in relazione alle proprie possibilità.

Il problema non è, dunque, quanto una persona sia o non sia disabile, ma come viene vissuta la propria limitazione nel contesto di vita. Un paradosso che nel volume *Sociologia della Disabilità* [Op. cit.] è stato denominato *Paradosso di Gulliver*. Due individui possono vivere la stessa condizione da un punto di vista strutturale e funzionale del proprio corpo ma vivere le difficoltà in modo positivo o negativo a seconda del contesto, le relazioni e l'humus culturale.

Nonostante la “cosmetica delle parole”, resta il fatto che al giorno d'oggi, la disabilità è riconosciuta come un “problema sociale”, un fenomeno di notevole importanza sociologica.

In sociologia un fenomeno per essere considerato tale, deve possedere le seguenti caratteristiche: a) prestarsi alla drammatizzazione; b) richiamare aspetti profondamente radicati nella cultura; c) essere politicamente vitale [Ferrucci 2004: 11].

È per questo motivo che la disabilità è riconoscibile come fenomeno sociale, distinto da altri fenomeni (come quello di malattia e devianza) saldamente intersecati tra loro. La differenza tra la disabilità e la malattia consiste in sostanziali marcature. La disabilità presuppone una condizione più o meno grave con una certa continuità temporale mentre la malattia ingloba stati cronici ed acuti di patologie che appartengono ad una nosografia medico-scientifica.

Per convenzione intendiamo la disabilità come un corollario di sottocategorie:

- disabilità fisica;
- disabilità cognitiva / intellettiva;
- disabilità sensoriale [OMS 2011].

Ognuno di queste disabilità necessita di specifici trattamenti sanitari, educativi, riabilitativi e sociali.

Inoltre, le disabilità hanno un'importanza differente a seconda del contesto culturale di riferimento. Un ipovedente italiano vivrà una condizione diversa rispetto a un altro ipovedente della Cina, del Canada, Australia o di Capo Verde poiché vi sono sostanziali diversificazioni nelle relazioni sociali, nelle possibilità di impiego, nell'accesso ai servizi sociosanitari, nell'istruzione, e via discorrendo [Di Santo, 2013, op. cit].

1.3 La fine del XIX secolo e l'introduzione del termine accessibilità

Gli anni '70 e '80 del XIX secolo sono stati gli anni in cui si è particolarmente dibattuto, riflettuto e concretizzato sul tema della disabilità. Abbiamo visto precedentemente che il 1980 è ricordato come l'anno in cui è stato pubblicato l'ICIDH.

L'anno successivo invece è stato il primo in cui fu proclamato l'anno internazionale delle persone disabili con l'obiettivo di portare alla luce le difficoltà e le discriminazioni che le persone si trovavano a fronteggiare nella vita di tutti i giorni [Monaco, 2019, p. 37] Nel 1982, invece, fu prodotto il *WPA – World Programme for Action concerning Disabled Persons*. Scopo ultimo di questa iniziativa fu quella di separare il concetto di malattia da quello di disabilità.

Ed è proprio in questa serie di proposte che si innesta il cosiddetto “turismo accessibile poiché si iniziò a dibattere sulle modalità di rimozione delle barriere fisiche.

Su quelle che possiamo invece definire “barriere culturali”, la L.104/92 ha rappresentato per l'Italia (ma anche per i paesi che successivamente hanno tratto spunto ed esempio) il 1992 è risultato essere l'anno zero della disabilità in quanto ha:

- introdotto nella normativa italiana il concetto di “integrazione”;
- avanzato l’idea implicita che l’handicap non è una problematica della persona (con difficoltà psico-fisiche e sensoriali) ma riguarda l’ambiente culturale in cui la persona vive poiché è la società a garantire ogni forma di facilitatore per il massimo livello di autonomia e indipendenza;
- previsto figure professionali deputate all’assistenza, all’istruzione, all’inserimento lavorativo e all’autonomia personale.

Gli anni 2000 invece, sono stati gli anni in cui dall’integrazione si è passati a definire, normare e programmare l’inclusione sociale [Ianes, 2004], traendo spunto dal nuovo modello antropologico offerto dall’ICF. Una visione che considera l’uomo l’insieme di elementi psico-somatici e sociali. Gli stessi anni sono ricordati nel nostro paese per aver dato luce alla L. 328/2000 “*Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali*”. Una legge che ha avuto il pregio di aver promosso interventi sociali, assistenziali e sociosanitari, dissociandosi dall’idea che i bisogni di cura e assistenza della persona non è di competenza esclusiva della sanità. Nel rispetto dell’approccio bio-psico-sociale, la legge consente di introdurre una visione olistica delle problematiche di salute della persona e dei caregivers.

La consapevolezza sul tema della disabilità è avvenuta soprattutto con la *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità* promossa dall’Assemblea Generale delle Nazioni Unite il 13 dicembre del 2006. L’Italia ha ratificato la Convenzione con la legge 18 del 3 marzo del 2009 ad un anno circa dopo aver redatto le linee guida per il superamento delle barriere architettoniche [Cetorelli e Guido, 2017]

Nonostante quanto appena riportato, in Italia la piena integrazione e il rispetto per i diritti delle persone con disabilità prevede un percorso ancora ricco di insidie e di difficoltà legata ad aspetti culturali, dalla sensibilizzazione alla rimozione di stereotipi e pregiudizi.

1.4 Sociologia della disabilità

Nel 2013 [Di Santo, op. cit.] fu pubblicato una monografia che già dal titolo appariva ambiziosa: interpretare il fenomeno della disabilità attraverso la lente della Sociologia. In quell’occasione si ripresero i classici della sociologia che direttamente e indirettamente hanno trattato il tema della salute, della malattia e della disabilità per poi proporre un modello interpretativo di quest’ultimo fenomeno.

Una modello che di fatto ha intersecato due tripartizioni. La prima considerando tre aspetti: l'alterazione intesa come difformità di una condizione rispetto a ciò che è normalmente atteso; la limitazione, ovvero il più alto livello possibile di una determinata condizione; l'handicap, inteso come ricaduta sociale in termini di esclusione, emarginazione e stigma. La seconda tripartizione invece richiama la triade illness/disease/sickness costituisce la chiave di lettura in un'ottica di ampliamento progressivo dell'orizzonte di osservazione sociologica del fenomeno della disabilità.

L'intersecazione di queste due tripartizioni ha portato a definire la multidimensionalità del fenomeno, nel quale trovano posto ben nove dimensioni: le prime tre delle quali, di carattere più fenomenologico, esplorano l'incontro dell'Io con la situazione disabilitante, lo status sociale conseguente e la sua inclusione/esclusione dalle attività sociali; le successive tre gravitano invece intorno alla storia sociale della malattia, ai limiti dell'assistenza sanitaria e alle forme di controllo medico istituzionalizzato; mentre le ultime tre allargano l'orizzonte alle diverse culture storiche della disabilità, ai pregiudizi, stereotipi e processi di stigmatizzazione più diffusi, sino alle diverse modalità con cui le istituzioni sociali considerano la disabilità.

Il modello multidimensionale proposto si presta dunque ad una prima lettura di tipo orizzontale, della quale la triade illness/disease/sickness costituisce la chiave di lettura in un'ottica di ampliamento progressivo dell'orizzonte di osservazione sociologica del fenomeno della disabilità. Certo si può discutere di quanto questo "rapporto stretto e sinuoso" che si viene a istituire fra disabilità e malattia non rischi di offuscare i casi di disabilità nei quali la malattia non gioca un ruolo centrale, o di "ultramedicalizzare" impropriamente un fenomeno come quello della disabilità che potrebbe anche essere letto in un'ottica esclusivamente socioculturale. Ha comunque sicuramente il merito di pluralizzare i punti di vista con cui è possibile leggere il fenomeno della disabilità a seconda del punto di vista adottato: rispettivamente, quello del disabile, della medicina o della società. [Giarelli, 2013].

Ma il modello si potrebbe leggere anche in senso verticale, sulla base della rielaborazione che l'autore propone della tripartizione menomazione/disabilità/handicap espressa dall'OMS nell'ICIDH: quella che egli definisce "tripartizione della disabilità", ovvero alterazione, limitazione ed handicap. Il primo termine, a differenza di quello di "menomazione", non necessariamente implica una valutazione negativa: certamente uno scostamento dalla norma, ma che potrebbe esser letto anche in chiave positiva di alterità, così come suggerisce l'autore. Il che ci consente di analizzare, in senso verticale nel modello, rispettivamente come il soggetto, la medicina e

la società affrontano e considerano il problema dell'alterazione; o, specularmente, quale concetto di normalità essi adottino.

Tab. 1 – Modello multidimensionale della disabilità

		Alterazione	Limitazione	Handicap/facilitazione
		Riconoscimento		
Illness	<i>Individuo</i>	L'Io/Me e il vissuto della disabilità (Dimensione 1)	Lo status di disabile (Dimensione 2)	Esclusione e partecipazione (Dimensione 3)
Disease	<i>Comunità medico-scientifica</i>	La storia sociale della malattia (Dimensione 4)	I limiti dell'assistenza medica (Dimensione 5)	Le istituzioni totali, la iatrogenesi ed il controllo sociale (Dimensione 6)
Sickness	<i>Società</i>	La storia sociale della disabilità (Dimensione 7)	Pregiudizio, stereotipo e stigma (Dimensione 8)	Disabilità ed istituzioni sociali (Dimensione 9)

Allo stesso modo, il concetto di limitazione, evocando quello di limite e di confine, ci consente di leggere come il soggetto, la medicina e la società considerano una determinata limitazione delle possibilità di azione, relazione ed interazione che un'alterazione strutturale e/o funzionale del sistema corpo-mente produce nel soggetto stesso.

Infine, il concetto di handicap inteso come barriera alle possibilità di piena esplicazione di quelle che Amartya Sen e Marta Nussbaum hanno definito le capability dell'individuo – ovvero le sue capacità potenziali che possono essere attivate o inibite dalle relazioni con il contesto esterno – permette di analizzare quanto queste barriere possano risultare introiettate dall'individuo stesso nella sua autopercezione di “handicappato” che il contesto sociale tende a scaricargli addosso; quanto la medicina divenga una barriera nel momento in cui si trasforma in una istituzione totale di controllo sociale o, al contrario, uno strumento di facilitazione; quanto la società, con le sue

istituzioni e servizi, ostacoli o faciliti l'espressione delle capability individuali, specie in soggetti che presentino una qualche limitazione dovuta ad un'alterazione strutturale/funzionale del proprio sistema corpo-mente (ibidem).

Ci sembra, insomma, che questa seconda possibilità di lettura verticale del modello multidimensionale proposto liberi da ogni residuo rischio di medicalizzazione impropria della disabilità, per aprire nuovi orizzonti di lettura e di traduzione operativa del fenomeno della disabilità.

Il modello è servito qualche anno più tardi per offrire una lettura ad un fenomeno sociale strettamente legato alla disabilità: l'autismo [Di Santo R e Magoni G. Op. Cit.].

2. Accessibilità: criteri normativi o espressione culturale?

2.1 Che cos'è l'accessibilità?

Abbiamo visto nel capitolo precedente come una persona si può trovare in una condizione di limitazione nell'espletare un'attività e rendersi partecipe nel proprio contesto di vita poiché impedito da una o più barriere. La limitazione dunque non è data dalle proprie caratteristiche psico-fisiche o sensoriali, quanto dal fatto che l'ambiente non è adattato per poter rendere la persona attiva e partecipe. In altri termini, l'handicap (come definito nell'ICIDH) non è tanto della persona con disabilità quanto dall'ambiente circostante (fattore esclusivamente culturale) che non consente alla persona di svolgere un ruolo normalmente proprio.

Come definito nel volume *Sociologia della Disabilità* [Di Santo, 2013], l'handicap è l'espressione di qualunque impedimento per un soggetto di eseguire un compito o un'azione, di partecipare a situazioni di vita. Dunque tale condizione può avvenire sia in presenza sia in assenza di menomazioni disabilitanti. Secondo questa prospettiva, l'accessibilità si intreccia con il concetto espresso da Amartya Sen [2010] e da Marta Nussbaum [2014], i quali hanno definito le *capability* dell'individuo le capacità potenziali che possono essere attivate o inibite dalle relazioni con il contesto esterno.

Per meglio comprendere il concetto di accessibilità è necessario riprendere i due concetti di barriera e di facilitatore per l'OMS, espresse nell'ICF [2001, a]

Con il termine *Barriera*, si intende tutti i fattori nell'ambiente di una persona che, mediante la loro assenza o presenza, limitano il funzionamento e creano disabilità. Essi includono aspetti come un ambiente fisico inaccessibile, la mancanza di tecnologia d'assistenza rilevante e gli atteggiamenti negativi delle persone verso la disabilità, e anche servizi, sistemi e politiche inesistenti o che ostacolano il coinvolgimento delle persone. Al contrario, i

Facilitatori sono dei fattori che, mediante la loro assenza o presenza, migliorano il funzionamento e riducono la disabilità. Essi includono aspetti come ambiente fisico accessibile, la disponibilità di una rilevante tecnologia di assistenza o di ausili e gli atteggiamenti positivi delle persone verso la disabilità, e includono anche servizi, sistemi e politiche che sono rivolti a incrementare il coinvolgimento di tutte le persone con una condizione di salute in tutte le aree di vita. L'assenza di un fattore può anche essere facilitante, come ad esempio l'assenza di stigma o di atteggiamenti negativi. I facilitatori possono evitare che una menomazione o una limitazione dell'attività divengano una restrizione della partecipazione, dato che migliorano le performance di un'azione, nonostante il problema di capacità della persona [ibidem: 169].

Dunque, l'*accessibilità* è intesa come

l'assenza di ogni tipo di barriera che rende la persona attiva e partecipe nel suo contesto di vita. In caso di limitazioni delle capacità compromesse da una qualunque gravità psicofisica, ogni adeguato facilitatore consente di poter raggiungere il più alto livello di performance per un determinato tipo di abilità.

Nel mondo odierno, l'essere attivo e partecipe è costantemente fluttuante tra mondo reale e mondo virtuale. Nel primo caso, si tratta di una realtà tangibile, fatta di persone, oggetti, strutture e servizi socialmente istituiti e culturalmente accettati. Nel secondo caso, il mondo è veicolato da un dispositivo che consente relazioni, comunicazione e attività mediata dalla tecnologia. In entrambi i casi, l'individuo può essere attivo (esprimendo abilità) e partecipe (relazionandosi con altre persone). La differenza sta nella costruzione spazio-temporale.

Nel mondo reale, la persona ha bisogno di spostarsi da un luogo ad un altro, comunicare, relazionarsi con i propri simili, apprendere, intraprendere compiti semplici e complessi, prendersi cura di sé e degli altri (persone o cose). In termini sociologici, la persona deve essere in grado di ricoprire diversi ruoli sociali come espresso da Goffman [2006].

Nel mondo virtuale, invece, la persona ricopre meno ruoli (di solito è un consumatore/utente di un servizio: un portale, un canale social, un'applicazione, un sistema di gioco online) e si rapporta con altre persone attraverso l'uso di un dispositivo tecnologico che consente di comunicare e interagire. L'interazione non è vis-a-vis ma avviene mediante una chat, un sistema di messaggistica istantanea, videochiamate o videoconferenze, scambio di materiale audio/video attraverso social network. Ogni messaggio può essere istantaneo e visualizzato in tempo reale in ogni angolo del mondo e ad una platea di vasta portata. Per questa ragione, vivere il "mondo virtuale" basta

un collegamento internet e un dispositivo più o meno complesso: smartphone, tablet, PC, laptop, smartwatch. Ma a questi vanno aggiunti dispositivi fissi come: smart TV, Lavagna Interattiva Multimediale (LIM), monitor interattivi e PC. Nell'era digitale, l'importante è essere costantemente connessi. Per questo non è necessario alcun trasferimento fisico ma solo le conoscenze indispensabili per usare i dispositivi, programmi e/o applicazioni online.

La parola "accessibilità" ha un significato diverso a seconda dell'ambito in cui viene impiegata. Possiamo trovarla parlando di luoghi fisici. Mentre, in ambito informatico, invece, è accessibile il sito o l'applicazione che è utilizzabile da tutti gli utenti. In entrambi i casi, la barriera impedisce mentre il facilitatore consente (un ingresso, una relazione e una fruizione).

2.2 L'accessibilità: la normativa vigente in Italia

L'accessibilità in Italia si fonda sulla Costituzione, ma la normativa che disciplina l'accessibilità e l'abbattimento delle *barriere architettoniche* è la Legge 13/89, che stabilisce i termini e le modalità in cui deve essere garantita l'accessibilità ai vari ambienti, con particolare attenzione ai luoghi pubblici.

In termini impliciti, la Costituzione della Repubblica Italiana, nei Principi fondamentali, tratta il tema in questione mediante l'art. 2:

La Repubblica riconosce e garantisce i diritti inviolabili dell'uomo, sia come singolo, sia nelle formazioni sociali ove si svolge la sua personalità, e richiede l'adempimento dei doveri inderogabili di solidarietà politica, economica e sociale.

Il comma 2 dell'art. 3:

È compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese.

La Legge 9 gennaio 1989, n. 13, recante: "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati" elenca ciò che la progettazione deve prevedere:

- a) accorgimenti tecnici idonei alla installazione di meccanismi per l'accesso ai piani superiori, ivi compresi i servoscala;
- b) idonei accessi alle parti comuni degli edifici e alle singole unità immobiliari;

c) almeno un accesso in piano, rampe prive di gradini o idonei mezzi di sollevamento;

d) l'installazione, nel caso di immobili con più di tre livelli fuori terra, di un ascensore per ogni scala principale raggiungibile mediante rampe prive di gradini.

Il testo del primo comma dell'art. 27 della legge n.18/1971 (Conversione in legge del decreto-legge 30 gennaio 1971, n. 5, e nuove norme in favore dei mutilati ed invalidi civili) è il seguente:

Art. 27 (Barriere architettoniche e trasporti pubblici). Per facilitare la vita di relazione dei mutilati e invalidi civili gli edifici pubblici o aperti al pubblico e le istituzioni scolastiche, prescolastiche o di interesse sociale di nuova edificazione dovranno essere costruiti in conformità alla circolare del Ministero dei lavori pubblici del 15 giugno 1968 riguardante la eliminazione delle barriere architettoniche anche apportando le possibili e conformi varianti agli edifici appaltati o già costruiti all'entrata in vigore della presente legge; servizi di trasporti pubblici e in particolare i tram e le metropolitane dovranno essere accessibili agli invalidi non deambulanti; in nessun luogo pubblico o aperto al pubblico può essere vietato l'accesso ai minorati, in tutti i luoghi dove si svolgono pubbliche manifestazioni o spettacoli, che saranno in futuro edificati, dovrà essere previsto e riservato uno spazio agli invalidi in carrozzella; gli alloggi situati nei piani terreni dei caseggiati dell'edilizia economica e popolare dovranno essere assegnati per precedenza agli invalidi che hanno difficoltà di deambulazione, qualora ne facciano richiesta".

Il testo del primo comma dell'art. 1, del D.P.R. n. 384/1978 (Regolamento di attuazione dell'art. 27 della legge 30 marzo 1971, n. 118, a favore dei mutilati e invalidi civili, in materia di barriere architettoniche e trasporti pubblici) è il seguente: "Art. 1. - Le norme del presente regolamento sono volte ad eliminare gli impedimenti fisici comunemente definiti "barriere architettoniche" che sono di ostacolo alla vita di relazione dei minorati".

Ma è con il DPR del 24 luglio 1996, n. 503 che si definiscono le barriere architettoniche.

L'art.1 comma 2 recita:

Per barriere architettoniche si intendono: a) gli ostacoli fisici che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea;

b) gli ostacoli che limitano o impediscono a chiunque la comoda e sicura utilizzazione di spazi, attrezzature o componenti;

c) la mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.

I primi dodici articoli definiscono luoghi e strumenti utili per garantire l'accessibilità a luoghi e servizi. Si tratta di:

- art. 2 – Contrassegni (simbologia);
- art. 3 – Aree edificabili;
- art. 4 – Spazi pedonali
- art. 5 – Marciapiedi
- art. 6 – Attraversamenti pedonali
- art. 7 – Scale e rampe
- art. 8 – Servizi igienici pubblici
- art. 9 – Arredo urbano
- art. 10 – Parcheggi
- art. 11 – Circolazione e sosta dei veicoli per persone disabili;
- art. 12 – Contrassegno speciale (rilasciato dai comuni, a seguito di apposita documentata istanza, lo speciale contrassegno per persone con capacità sensibilmente ridotta (comma 1) e non vedenti (comma 3).

IL DPR appena citato rimanda al DM di qualche anno prima, del 14 giugno 1989, n. 236 *Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visibilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche.*

Le norme contenute nel presente decreto di applicano (art.1):

- 1) agli edifici privati di nuova costruzione, residenziali e non, ivi compresi quelli di edilizia residenziale convenzionata;
- 2) agli edifici di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata ed agevolata, di nuova costruzione;
- 3) alla ristrutturazione degli edifici privati;
- 4) agli spazi esterni di pertinenza degli edifici.

Elemento interessante di questa norma è l'aver proposto nell'art. 2 una gamma di definizioni. In tal caso, per barriere architettoniche si intendono:

- a) gli ostacoli fisici che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque ed in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno una capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea;
- b) gli ostacoli che limitano o impediscono a chiunque la comoda e sicura utilizzazione di parti, attrezzature o componenti;
- c) la mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi.

L'articolo del decreto ministeriale continua con altre importanti definizioni, quali:

g) Per accessibilità si intende la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza e autonomia.

h) Per la visibilità si intende la possibilità, anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di accedere agli spazi di relazione e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare. Sono spazi di relazione gli spazi di soggiorno o pranzo dell'alloggio e quelli dei luoghi di lavoro, servizio ed incontro, nei quali il cittadino entra in rapporto con la funzione ivi svolta.

i) Per adattabilità si intende la possibilità di modificare nel tempo lo spazio costruito a costi limitati, allo scopo di renderlo completamente ed agevolmente fruibile anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale.

Attraverso questi criteri è anche possibile attribuire un livello qualitativo allo spazio costruito: l'accessibilità indica la possibilità di fruizione totale; la visibilità rappresenta una forma di accessibilità limitata ma comunque garantita per le funzioni fondamentali; l'adattabilità un livello ridotto di accessibilità.

I parametri tecnici e dimensionali da rispettare e che sono correlati al raggiungimento di questi tre criteri riguardano:

- le dimensioni minime delle porte
- le caratteristiche delle scale
- la pendenza delle rampe
- la presenza di spazi che consentano la rotazione della sedia a rotelle
- le dimensioni degli ascensori
- le caratteristiche di un servizio igienico accessibile

Sono requisiti che vanno poi adattati al tipo di edificio e degli spazi a disposizione, e che valgono anche per le nuove costruzioni e le ristrutturazioni. In questi casi è obbligatorio adeguare gli interventi nel rispetto di questi requisiti e della normativa per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Un'altra norma fondamentale che è bene richiamare è il Decreto del Ministero dei Lavori Pubblici del 14 giugno 1989, n. 236. Questo stabilisce anche i criteri di progettazione e accessibilità dei componenti di ogni unità ambientale nei suoi spazi interni ed esterni, con tutte le specifiche relative alle funzioni e alle dimensioni (le dimensioni delle porte e l'altezza delle maniglie, il dislivello massimo di un pavimento, l'altezza dei terminali degli

impianti – per esempio il citofono) e comprende le categorie, le caratteristiche e le misure dei servoscale e delle piattaforme elevatrici.

In particolare, il decreto richiama l'obbligo di adattabilità per ogni unità immobiliare, qualunque sia la sua destinazione, stabilendo che questa deve essere adattabile per tutte le parti e componenti per le quali non è già richiesta l'accessibilità e/o la visibilità, fatte salve le deroghe consentite dal decreto stesso.

Le barriere architettoniche negli edifici pubblici e il loro abbattimento fanno capo al già citato Decreto del Presidente della Repubblica 503/1996.

L'Atto della Camera dei Deputati 1013 del 21/10/2013, "Disposizioni per il coordinamento della disciplina in materia di abbattimento delle barriere architettoniche", ha proposto l'emanazione di un regolamento unico per accorpate, uniformare e dettare con chiarezza le disposizioni tecniche per "gli edifici pubblici e privati e per gli spazi e i servizi pubblici o aperti al pubblico o di pubblica utilità", e per promuovere l'adozione della progettazione universale (Universal Design) per la costruzione di ambienti e prodotti utilizzabili da tutti o almeno dalla maggior parte delle persone¹.

Per quanto concerne gli edifici privati e nei condomini si fa riferimento alla Legge 220/2012, che ha avuto lo scopo di adeguare articoli del Codice Civile risalenti addirittura agli anni precedenti alla Seconda Guerra mondiale.

2.3 Accessibilità e disabilità fisiche

Come si evince dal paragrafo precedente, quando si parla di accessibilità si fa un rimando esplicito alle barriere architettoniche con un facile richiamo alla disabilità intesa come problematica motoria della persona. Solo in seconda battuta si fa riferimento alle disabilità sensoriali, in particolare a problematiche legate alla vista. Restano in secondo piano o addirittura sono assenti dal gergo giuridico appena descritto, le altre disabilità sensoriali (per esempio, uditive), le difficoltà comunicative e le disabilità cognitive/intellettive.

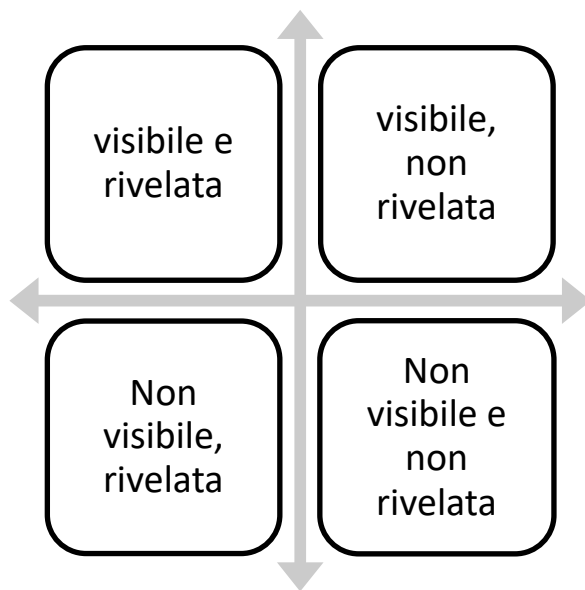
Ciò non è un caso. Se consideriamo gli anni in cui sono stati emanati leggi e decreti, l'approccio alla disabilità dominante era ancora quello presente nell'ICIDH. In particolar modo era presente l'idea comune che la disabilità è una conseguenza di una menomazione (tendenzialmente fisica e organica) che impedisce alla persona di realizzare compiti ed esprimere i propri comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso. Ciò determina a sua volta l'impedimento di ricoprire un ruolo sociale normalmente proprio (in altri termini, l'handicap).

¹ <https://www.konemotus.it/blog/normativa-disabili-barriere-architettoniche/>

È anche per questa ragione che il simbolo della disabilità, ancora vigente, è rappresentato da un'immagine stilizzata di un uomo in carrozzina. Il simbolo internazionale di accesso (ISA, International Symbol of Access) o *simbolo internazionale di accessibilità* è un simbolo che indica la disabilità ed è stato ideato nel lontano 1968 da Susanne Koefed e solo successivamente modificato da Karl Montan. Questo simbolo mette in risalto una sedia a rotelle bianca (simbolo dell'impedimento a deambulare) in cui è posta una persona. Un simbolo che dal 1984 rientra negli Standard ISO 7001 mentre il suo copyright è attualmente detenuto dalla *Rehabilitation International*.

Nei simboli Unicode² (versione 4.1.0) il simbolo internazionale di disabilità e accesso a luoghi dedicati alle persone con disabilità (quali i bagni, i parcheggi, aree riservate, ascensori, servizio casse per i pagamenti, ecc.) è associato il carattere "Wheelchair Symbol" (U+267F). Dunque un rimando alla sedia a rotelle per tutti i tipi di disabilità. Anche l'emoji "wheelchair" rappresenta allo stesso modo la disabilità (con chiaro rimando alla disabilità motoria).

Fig. 3. – Rappresentazione grafica del modello di Barnartt, 2011



² UNICODE è un sistema di codifica che assegna un numero univoco ad ogni carattere usato per la scrittura di testi, in maniera indipendente dalla lingua, dalla piattaforma informatica e dal programma utilizzato.

Per Barnartt (2001) le disabilità possono essere distinte in quattro parti, tenendo conto di due categorie dicotomiche: l'essere visibile/non visibile e rivelata/non rivelata. Le sotto-categorie che emergono sono quattro:

- Disabilità visibile e rivelata
- Disabilità non visibile ma rilevata
- Disabilità non visibile e non rilevata
- Disabilità visibile, ma non rivelata.

La fig. 3 sintetizza quanto espresso dall'autore.

La prima situazione è quella che maggiormente rappresenta la disabilità poiché visibile e rivelata. Ecco il motivo per cui la disabilità è stilizzata con una sedia a rotelle. Riprendendo la letteratura sociologica, Goffman tra i tre tipi di stigma pone al primo posto proprio la deformazione fisica poiché visibile e facilmente riconducibile ad una situazione di impedimento. Lo stigma è di fatto un rimando netto alla logica dicotomica dello stereotipo e del pregiudizio: normale/anormale.

Una logica che di fatto rende le persone con disabilità differenti da quella che per convenzione viene definita normalità. La sua ricaduta è palesemente discriminante e selettiva. Un esempio sono i servizi igienici pubblici. Solitamente, questi sono riservati a tre categorie differenti: uomini, donne e disabili, come se questi ultimi fossero privi di sessualità.

Un criterio inclusivo e rispettoso della persona vuole che la disabilità sia semplicemente una sottocategoria della macro-distinzione maschio/femmina. In tal caso, nei servizi (per esempio) riservati alle sesso femminile vi sia possibilità di fruizione anche per le persone dello stesso genere ma con disabilità. Stesso ragionamento vale per i servizi dedicati al genere maschile. Solo così, lo stigma della disabilità verrebbe eliminato. La fruizione del servizio igienico pubblico vedrebbe così una unica distinzione: maschile/femminile³.

Dunque, il sillogismo è chiaro: se un turista con disabilità rimanda ad una persona con disabilità, l'accessibilità riguarda essenzialmente le cosiddette barriere architettoniche: scale, gradini, strade non praticabili con sedie a rotelle, ostacoli di vario genere, servizi posti in piani rialzati senza ascensore, pendenze oltre il limite consentito per legge, ecc.

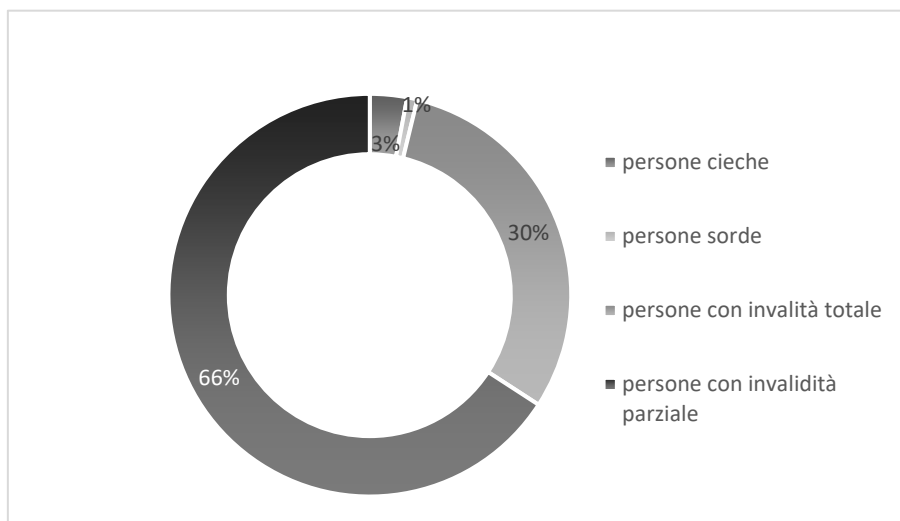
³ Nella logica dell'accessibilità sarebbe opportuno anche esularsi dalla logica binaria maschile/femminile e considerare ogni tipologia di genere. Ma questo merita un approfondimento di più ampio respiro.

Nel 2015, si abbandona la vecchia sedia a rotelle e la disabilità ha una nuova veste grafica che rimanda a una universalità del genere umano. Le Nazioni Unite hanno dato incarico alla Design Unit del Dipartimento di Informazione Pubblica dell'Onu di studiarne una nuova ad hoc per il proprio sito. Ne nasce un logo che rappresenta una sorta di uomo vitruviano stilizzato: una figura simmetrica racchiusa in un cerchio “a rappresentare l’armonia tra gli esseri umani nella società. Questa figura umana universale a braccia aperte simboleggia inclusione per le persone di tutte le abilità, in tutto il mondo, richiamando così anche il termine di accessibilità.

2.4 Accessibilità e disabilità sensoriali

In Italia, secondo i dati INPS del 2017⁴, le invalidità civile sono così ripartite.

Fig. 2. – N. persone con invalidità civile in Italia (dati INPS, 2017)



È evidente che il dato statistico così riportato mostra dei difetti metodologici poiché nelle invalidità totali o parziali possono essere conteggiate le stesse prime due categorie: persone cieche e sorde. Ma questi dati mostrano però il volume delle disabilità sensoriali che si attesta ad un valore percentuale inferiore al 5% dell’intera popolazione di persone con disabilità.

⁴ Tratto da: [http://www.storiadisordi.it/2017/06/07/oltre-43-mila-sordi-italiani-inps/\(10/07/2024\)](http://www.storiadisordi.it/2017/06/07/oltre-43-mila-sordi-italiani-inps/(10/07/2024))

2.4.1 Le disabilità legate alle funzioni visive

Quando si tratta di disabilità, oltre a quella fisica, segue quella sensoriale, poiché visibile e rivelata (come descritto da Barnartt, op. cit.)

Tra queste, le disabilità legate alla vista simboleggiano nell'immaginario collettivo l'antonomasia.

Nel corso della storia, la cecità ha rappresentato marginalità sociale ed esclusione, salvo per persone anziane in quanto la cecità era considerata una conseguenza naturale.

Nel Vangelo secondo Giovanni Gesù offre la vita al cieco dalla nascita, rimarcando l'importanza della cecità non come una conseguenza di un fatto accidentale né tantomeno per età avanzata.

Il capitolo 9 (1-11) del Vangelo di Giovanni recita:

Passando vide un uomo cieco dalla nascita e i suoi discepoli lo interrogarono: «Rabbi, chi ha peccato, lui o i suoi genitori, perché egli nascesse cieco?». Rispose Gesù: «Né lui ha peccato né i suoi genitori, ma è così perché si manifestassero in lui le opere di Dio. Dobbiamo compiere le opere di colui che mi ha mandato finché è giorno; poi viene la notte, quando nessuno può più operare. Finché sono nel mondo, sono la luce del mondo». Detto questo sputò per terra, fece del fango con la saliva, spalmò il fango sugli occhi del cieco e gli disse: «Và a lavarti nella piscina di Siloe (che significa Inviato)». Quegli andò, si lavò e tornò che ci vedeva. Allora i vicini e quelli che lo avevano visto prima, poiché era un mendicante, dicevano: «Non è egli quello che stava seduto a chiedere l'elemosina?». Alcuni dicevano: «È lui»; altri dicevano: «No, ma gli assomiglia». Ed egli diceva: «Sono io!». Allora gli chiesero: «Come dunque ti furono aperti gli occhi?». Egli rispose: «Quell'uomo che si chiama Gesù ha fatto del fango, mi ha spalmato gli occhi e mi ha detto: Và a Siloe e lavati! Io sono andato e, dopo essermi lavato, ho acquistato la vista».

Tra gli anni il periodo risorgimentale e le due guerre mondiali, la cecità non era tanto un problema legato alla prenatalità e perinatalità, ma quanto a cause accidentali dovute alle conseguenze del conflitto mondiale. La guerra oltre a infliggere morti è stata causa di traumi, lesioni, mutilazioni e asportazioni di organi e arti. Tra queste non era dispensata la vista e gli organi della vista.

Ed è in questo momento storico che i ciechi iniziano a prendere consapevolezza della loro condizione ma soprattutto ad avanzare diritti.

Nel 1910 su proposta di Carlo Grimaldi, Augusto Romagnoli ed altri, si costituì la *Società procultura fra gli insegnanti ciechi* che risultò essere la prima associazione di soli non vedenti. Nel 1915, precisamente domenica 25

luglio, quando il sottotenente Aurelio Nicolodi, arruolatosi volontario il 24 maggio 1915 subito dopo aver chiesto e ottenuto la cittadinanza italiana, appena ventunenne, era in servizio sul monte Sei Busi, che si trova a poca distanza da dove è stato realizzato il sacrario militare di Redipuglia. Era in corso la seconda battaglia dell'Isonzo, quando il giovane trentino venne ferito gravemente e restò cieco per lo scoppio ravvicinato di una granata che lo colpì al volto. Nel 1917 venne decorato con la medaglia al valor militare, con questa motivazione:

Colpito agli occhi e perduto la vista, mentre nella notte dava efficaci disposizioni per respingere gruppi di nemici spintisi con bombe a mano fin sotto la trincea da lui occupata, prima di ritirarsi dava ancora bella prova di calma e ardimento, incitando il proprio Reparto alla più strenua resistenza – Polazzo, 25 luglio 1915”⁵.

Nello stesso anno a Firenze, prima città d'Italia, veniva costituito il *Comitato per l'assistenza ai ciechi di guerra* che qualche mese dopo si fuse con l'ANMIG - *Associazione Nazionale Mutilati e Invalidi di Guerra*.

Soltanto dopo il secondo conflitto mondiale, si è giunti a una normativa per la tutela dei diritti delle persone con cecità parziale o totale. Si tratta di una serie di norme realizzate appositamente negli anni 60. Per i ciechi civili parziali di qualsiasi età la legge n. 66/1962 prevede una pensione.

I ciechi civili totali possono beneficiare di due tipi di prestazioni: la pensione (prevista dall'articolo 8 della Legge 10 febbraio 1962) e una speciale indennità di accompagnamento istituita con la legge 406/1968.

La legge n. 118 del 30 marzo 1971 riporta questa definizione

Si considerano mutilati ed invalidi civili i cittadini affetti da minorazioni congenite o acquisite, anche a carattere progressivo, compresi gli irregolari psichici per oligofrenie di carattere organico o dismetabolico, insufficienze mentali derivanti da difetti sensoriali e funzionali che abbiano subito una riduzione permanente della capacità lavorativa non inferiore a un terzo o, se minori di anni 18, che abbiano difficoltà persistenti a svolgere i compiti e le funzioni proprie della loro età.

Si parla di invalidità civile quando non deriva da cause di servizio, di guerra o di lavoro e in generale viene definita da una percentuale. Alla legge di riferimento 118/71 si aggiungono alcuni aggiornamenti contenuti nel D. Lgs. 509/88 e dal D. M. del 5 febbraio 1992.

⁵ Tratto da: <https://www.uicpiemonte.it/> (10/07/2024)

Nello stesso anno è stata emanata anche la L.104/92: “Legge-quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”.

Questa ha avuto il fine di:

a) garantisce il pieno rispetto della dignità umana e i diritti di libertà e di autonomia della persona handicappata e ne promuove la piena integrazione nella famiglia, nella scuola, nel lavoro e nella società;

b) previene e rimuove le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima autonomia possibile e la partecipazione della persona handicappata alla vita della collettività, nonché la realizzazione dei diritti civili, politici e patrimoniali;

c) persegue il recupero funzionale e sociale della persona affetta da minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali e assicura i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni, nonché la tutela giuridica ed economica della persona handicappata;

d) predispone interventi volti a superare stati di emarginazione e di esclusione sociale della persona handicappata.

È evidente che il termine handicap richiama a quanto espletato nel 1980 con l’ICIDH e che nell’articolo 2, la stessa legge recita in questo modo.

Quando si tratta l’accessibilità per persone con difficoltà della vista o addirittura assenza delle funzioni visive, tanto è stato finora fatto e tanto resta ancora da fare. Un esempio è stato l’impegno del Ministero dei beni e delle attività culturali e del turismo, anche attraverso l’istituzione di una Commissione Ministeriale che nel 2008 ha pubblicato le *Linee guida per il superamento delle barriere architettoniche nei luoghi di interesse culturale* in cui si pone evidenza all’importanza di facilitatori nei luoghi di interesse culturale.

All’interno dei luoghi di interesse culturale, per permettere e favorire l’orientamento, ci si può avvalere di varie strategie, tra cui le principali sono l’individuazione di punti e linee di riferimento, la progettazione di una adeguata segnaletica e l’utilizzo di mappe che rappresentino efficacemente l’ambiente in cui ci troviamo. [...] I punti di riferimento sono informazioni discrete, di ogni tipo (vestibolari, visive, tattili, acustiche, olfattive, cinestesiche) facili da percepire e sempre ritrovabili nell’ambiente, che le persone possono utilizzare per riconoscere luoghi precisi. Anche la persona non vedente, per orientarsi, utilizza le informazioni provenienti dall’ambiente, ma utilizza soprattutto le informazioni che raccoglie attraverso i sensi residui extravisivi e le trasforma in punti o linee guida di riferimento.

La legge n. 138 del 3 aprile 2001 ha ridefinito i contorni della classificazione della cecità totale e parziale. Ha avuto il merito di introdurre il concetto di ipovisione – grave, media e lieve – prendendo in considerazione non solo la riduzione dell’acutezza visiva, ma anche del campo visivo.

In sostanza, quando parliamo di accessibilità per persone cieche o ipovedenti, intendiamo strumenti come: mappe in rilievo, segnaletica direzionale, segnaletica informativa realizzata con differenze di rilievo o lettura con il Braille. Inoltre sono importanti messaggi acustici e dispositivi che orientano attraverso suoni, ma anche olfatto.

Oggi in Italia si contano circa 80 siti in cui è possibile visitare opere d'arte e reperti archeologici attraverso soluzioni per persone cieche o ipovedenti: disegni in rilievo, immagini tattili, Braille in modalità grafica, e via scorrendo.

2.4.2 Le disabilità legate alle funzioni uditive

Altra disabilità sensoriale degna di attenzione per tipologia di bisogno, epidemiologia e fenomeno sociale, è la condizione delle persone sorde.

Infatti in Italia, ai 61 mila sordi registrati dall'INPS, vanno aggiunti i 6 milioni di cittadini che utilizzano un dispositivo per via di una ipoacusia⁶.

L'articolo 1 della legge 381/1970, come modificato dalla legge 95/2006, definisce sordo chi soffre una perdita uditiva congenita o acquisita durante l'età evolutiva (fino a 12 anni, come precisato dal D.M. febbraio 1992), tale da compromettere il normale apprendimento del linguaggio parlato. La sordità non deve avere un'origine esclusivamente psichica e non deve essere stata causata da guerra, lavoro o servizio. L'articolo 1 della legge n. 95 del 2006, ha eliminato il preesistente termine "sordomuto" sostituendolo con "sordo", ed ha introdotto il criterio della "compromissione" del linguaggio al posto del suo "impedimento". Vale a dire che l'apprendimento del linguaggio non deve più essere impossibile ma soltanto difficoltoso e, quindi, può realizzarsi, ad esempio, grazie all'uso di protesi ed a percorsi abilitativi precoci. A tali soggetti, la legge 381/1970 ha concesso un assegno mensile, rilasciato su richiesta, che spetta in caso di difficoltà economiche. La pensione, pagata per 13 mensilità, è erogata entro limiti di reddito personale. Poi, a partire dai 67 anni, la pensione di sordità viene sostituita con l'assegno sociale. Per rimanere in tema di provvidenze economiche, si ricorda l'indennità di comunicazione, istituita dall'articolo 4 della legge 508/1988; una prestazione economica rilasciata su richiesta a chi è stata riconosciuta una sordità congenita o acquisita durante la crescita che spetta indipendentemente dall'età e dalle condizioni reddituali. Sono però necessari dei requisiti sanitari e amministrativi, come una ipoacusia di almeno 60 decibel fino ai 12

⁶ Tratto da: www.storiadeisordi.it (10/07/2024)

anni, di almeno 75 decibel dopo i 12 anni e la residenza in Italia. Se la perdita uditiva risulta inferiore o non sia dimostrabile l'epoca di comparsa dell'ipoacusia, la valutazione sanitaria segue i criteri dell'invalidità civile. La legge 107/2010 ha poi riconosciuto la sordocecità come una disabilità unica che, comportando difficoltà specifiche nell'accesso all'informazione, alla comunicazione e alla mobilità, necessita di ausili e servizi specifici. Le persone con sordocecità.

Il 19 maggio 2021 entra di diritto nella storia della comunità sorda italiana. L'Italia colma così il grave ritardo che l'aveva portata ad essere l'ultimo dei Paesi in Europa a non aver riconosciuto la propria lingua dei segni nazionale.

La conversione in legge del cosiddetto Decreto Sostegni, all'art. 34-ter.

riconosce, promuove e tutela la lingua dei segni italiana (LIS) e la lingua dei segni italiana tattile (LIST).

L'articolo con le "Misure per il riconoscimento della lingua dei segni italiana e l'inclusione delle persone con disabilità uditiva" riconosce, inoltre, le figure dell'interprete LIS e dell'interprete LIST quali professionisti specializzati nella traduzione e interpretazione rispettivamente della LIS e della LIST. Nel testo si legge anche che

per favorire l'accessibilità dei propri servizi, le pubbliche amministrazioni promuovono la diffusione dei servizi di interpretariato in LIS e in LIST, la sottotitolazione e ogni altra modalità idonea a favorire la comprensione della lingua verbale nonché iniziative di formazione del personale⁷.

L'accessibilità per le persone sorde è strettamente connessa all'impossibilità di sentire, ascoltare, percepire suoni e rumori. Pertanto, tutto deve essere necessariamente scritto o comunicato attraverso il linguaggio dei segni e immagini evocative.

2.5 Accessibilità e disabilità cognitive-intellettive

Queste disabilità non riguardano né le funzioni sensoriali né tantomeno abbiamo una qualche gravità delle funzioni motorie, se non per ciò che in gergo clinico si intende come co-morbidità o diagnosi secondaria.

⁷ Cfr: Camera dei Deputati. Dossier n° 325 - Schede di lettura 28 luglio 2020.

Con il termine *disabilità intellettiva* o *disturbo dello sviluppo intellettivo*, si fa riferimento ad una condizione caratterizzata da limitazioni sia nel funzionamento intellettivo, ovvero difficoltà nell'imparare, ragionare, progettare, dare giudizi, sia nel funzionamento adattativo, nonché limitazioni nel funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, come comunicare, prendersi cura di sé e socializzare, abilità tutte importanti per la vita di tutti i giorni. Tali limitazioni iniziano in età pediatrica, prima dei 18 anni. È bene specificare che la presenza dei deficit a carico del funzionamento adattivo è oggi considerata fondamentale ai fini di una corretta diagnosi. Inoltre, i deficit devono essere confermati sia da una valutazione clinica che dalla somministrazione di test standardizzati⁸.

Con tale termine, nel DSM 5⁹ si va a sostituire la nota dicitura *ritardo mentale* oppure come nella versione beta dell'ICD-11¹⁰ *Disturbi dello sviluppo intellettivo*.

I criteri secondo il DSM-5 sono i seguenti:

A. Deficit delle funzioni intellettive, come il ragionamento, la soluzione di problemi, la pianificazione, il pensiero astratto, il giudizio, l'apprendimento scolastico o l'apprendimento dall'esperienza, confermato sia da valutazione clinica che da prove d'intelligenza individualizzate e standardizzate.

B. Deficit del funzionamento adattivo che si manifesti col mancato raggiungimento degli standard di sviluppo e socio-culturali per l'indipendenza personale e la responsabilità sociale.

Senza supporto continuativo i deficit adattivi limitano il funzionamento in una o più attività della vita quotidiana, quali la comunicazione, la partecipazione sociale e la vita indipendente, in più ambiti diversi, come la casa, la scuola, il lavoro e la comunità.

C. Insorgenza dei deficit intellettivi e adattivi nell'età evolutiva.

I livelli di gravità vengono definiti sulla base del funzionamento adattivo e non sui punteggi di quoziente intellettivo (QI), poiché è stato giudicato che sia il funzionamento adattivo, nelle aree della concettualizzazione, della socializzazione e delle abilità pratiche, a determinare il livello di supporto necessario a mantenere una condizione di vita accettabile. In più, quando basse (inferiori a 60), le misure di QI perdono di validità.

⁸ Tratto da <https://www.ospedalebambinogesu.it/disabilita-intellettiva-80068/> (10/07/2024)

⁹ Il Manuale Diagnostico Statistico dei Disturbi Mentali (Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders) è redatto dall'American Psychiatric Association. Nato nel 1952, è giunto nel 2013 alla sua quinta edizione.

¹⁰ L'ICD-11 è l'undicesima revisione della Classificazione Internazionale delle malattie (International Classification of Disease) dell'OMS. La versione definitiva, dopo un decennio di lavoro e revisioni, è datata 2018.

Dunque si continuano a distinguere 4 livelli di gravità (lieve, moderato, grave e gravissimo), ma con criteri diversi dal DSM-IV e dal IV-TR.

Il disturbo è stato collocato in un raggruppamento meta-sindromico, o meta-strutturale, denominato *Disturbi del Neurosviluppo*.

Tali disturbi includono condizioni con insorgenza in età evolutiva, tipicamente precoci e in età pre-scolare, caratterizzate da deficit di sviluppo che producono compromissioni del funzionamento personale, sociale, scolastico o occupazionale.

I disturbi del neurosviluppo si manifestano nelle prime fasi dello sviluppo e sono caratterizzati da deficit del funzionamento personale, sociale, scolastico o lavorativo.

Il deficit varia da limitazioni molto specifiche dell'apprendimento fino alla compromissione globale delle abilità sociali e dell'intelligenza.

Nei *Disturbi del neurosviluppo* sono stati inseriti: la disabilità intellettiva (appena definita), i disturbi della comunicazione, il disturbo dello spettro autistico, il disturbo da deficit di attenzione/iperattività, il disturbo specifico dell'apprendimento e i disturbi del movimento.

Ognuna di queste voci merita un importante approfondimento ma nel nostro caso, lasciamo intendere come ognuna di queste *condizioni* è di fatto espressione di bisogni che devono essere soddisfatti con appositi interventi di tipo sanitario, educativo, didattico e socioeconomico e politico affinché si possa esprimere il più alto livello di abilità personale, autonomia nel contesto sociale, indipendenza economica e rispetto dei diritti individuali.

Data la complessità la già citata L.104/92 rappresenta il concretizzarsi della volontà politica di integrare le persone con disabilità nel tessuto sociale del paese: dalla scuola alla vita domestica, dalle reti formali e informali all'inserimento lavorativo (vedi L.68/1999).

La legge 170/2010 invece, esula la persona (in particolare l'alunno poiché riguarda bambini in età scolare e universitaria) riconosce la dislessia, la disortografia, la disgrafia e la discalculia quali disturbi specifici dell'apprendimento

che si manifestano in presenza di capacità cognitive adeguate, in assenza di patologie neurologiche e di deficit sensoriali, ma possono costituire una limitazione importante per alcune attività della vita quotidiana¹¹.

Queste difficoltà riguardano una vasta gamma di abilità normalmente attese: la comunicazione, l'apprendimento, l'esecuzione di compiti semplici o complessi, la relazione, il prendersi cura di sé, mobilità, vita domestica e di

¹¹ Cfr: <https://www.aiditalia.org>

comunità. Dunque, se parliamo di accessibilità, si tratta di un ventaglio di facilitatori che non sono solo legati alle barriere architettoniche ma soprattutto a barriere culturali.

I progetti per l'accessibilità turistica sono tanti e presenti per la maggior parte nel portale dell'ENAT - European Network for Accessible Tourism¹².

Si tratta di progetti che prevedono ogni tipologia di protesi, ausilio, opere strutturali ma anche tipologia di comunicazione (vedi per esempio la comunicazione aumentativa e alternativa con l'uso di pecs, immagini e altri tipi pittogrammi e linguaggi)¹³, prodotti legati al mondo della domotica¹⁴, della mobilità accessibile¹⁵, sistemi di accompagnamento alle relazioni sociali [Cordiale s. Montinari G., 2022].

¹² Cfr: www.accessibletourism.org (ultimo accesso il 24/07/2024)

¹³ Cfr: <https://isaac-online.org/english/home/> (ultimo accesso il 20/07/2024)

¹⁴ Cfr: <https://corporate.enelx.com/it/question-and-answers/what-is-home-automation> (ultimo accesso il 20/07/2024)

¹⁵ Cfr: <https://cordis.europa.eu/article/id/445570-inclusive-mobility-building-sustainable-transportation-systems-accessible-to-all/it> (ultimo accesso il 20/07/2024)

*II. Esperienze
e buone pratiche*

3. Il progetto B4A – Basilicata for all

3.1 La Basilicata e il turismo balneare

La Basilicata è una regione bagnata da due mari. Oltre il breve tratto di costa tirrenica, la regione comprende la costa jonica, con un litorale di quasi 40 km compreso interamente nella provincia di Matera, che va da Metaponto (Comune di Bernalda) fino a Nova Siri. La piana alluvionale del Metapontino è attraversata dai cinque fiumi lucani che sfociano nel Mar Ionio: il Bradano, il Basento, il Cavone, l'Agri e il Sinni.

Il litorale jonico, noto per essere stato parte del vasto territorio della Magna Grecia (VI – I sec. A.C), è passato alla storia come un'area paludosa e boschiva, insalubre e con una scarsa densità abitativa. Ma con la Riforma agraria del 1950 (Legge Sila e Legge Stralcio), vi è stata un'imponente opera di bonifica, disboscamento e ri-popolamento. Con l'esproprio dei terreni ai latifondisti si è potuto concedere con la formazione di poderi, destinati a coloro che precedentemente non erano stati possessori di terra e di quote, considerate un'aggiunta alle piccole proprietà dei contadini più poveri¹. La riforma riuscì a sostituire un paesaggio monotono e privo di qualsiasi segno tangibile della presenza antropica con un paesaggio progettato, fatto di accurate case coloniche bianche su un patchwork di campi regolari e servito da una densa rete di strade rettilinee [King R., 1969]. Complessivamente l'Ente di Riforma costruì nel Metapontino 1492 abitazioni, prevalentemente nell'agro di Scanzano jonico e Policoro. Oltre alle case coloniche, il piano di riforma prevedeva anche borghi che avrebbero offerto servizi essenziali per la comunità: case, uffici amministrativi, postali, caserme, e uffici del consorzio di bonifica [Buccolo N., 1987].

¹ Cfr: https://consiglio.basilicata.it/archivio-news/files/docs/28/77/39/DOCUMENT_FILE_287739.pdf

Questi piccoli insediamenti ebbero da subito una importante espansione urbana e demografica, strettamente connessa alla produttività economica dell'area, votata principalmente al settore agricolo e dell'industria conserviera.

In pochi anni, l'imponente crescita demografica di Policoro e Scanzano jonico ha consentito la loro autonomia da Montalbano jonico, rispettivamente nel 1959 e nel 1974. La sola Policoro è passata da 862 abitanti del 1951 agli 8.600 del 1971; fino ai circa 18.000 residenti del 2021. Scanzano è passata dai 3.300 residenti del 1951 ai 7.000 circa del 2021. [Cfr. Demo.istat.it, 2021]. Al contempo, anche i centri urbani più interni ma comunque vicini al mare, hanno visto sviluppo e crescita demografica: si tratta dei comuni di Bernalda, Pisticci e Nova Siri. Ognuno di questi comuni ha vissuto uno sviluppo grazie ai propri borghi posti a ridosso del litorale. Sono un esempio: Metaponto (Comune di Bernalda), Borgo Casinello e Marconia (Pisticci), il lido di Policoro e l'agglomerato urbano dello scalo di Nova Siri.

Queste località appena citate non sono solo espressione di una crescita demografica ma prova di uno sviluppo economico che, oltre l'agricoltura, ha basato la propria forza economica nel settore turistico. Oggigiorno, sul litorale jonico si contano due porti turistici ("Marinagri" di Policoro e "Porto degli Argonautici" di Pisticci), 37 alberghi (2 cinque stelle; 17 quattro stelle, 11 a tre stelle), 8 campeggi, 6 villaggi camping, 15 affittacamere, 28 agriturismi, 16 bed & breakfast e 1 ostello della gioventù. Le strutture alberghiere ed extralberghiere joniche contano 19.522 posti letto con un numero complessivo di 5819 stanze [APT, 2020]. Salvo gli ultimi due anni caratterizzati dalla pandemia da Sars-Cov-2, le strutture joniche hanno contato 274.801 arrivi e 1,2 milioni di presenze (di cui il 5% di cittadini stranieri provenienti prevalentemente dalle regioni franco-tedesche) per di più cittadini residenti nelle regioni centromeridionali dell'Italia. Il tasso di occupazione è del 35,36% mentre il tasso medio di occupazione netto è del 40,5%.

Con tali numeri, il Metapontino rappresenta l'elemento trainante del turismo lucano. Infatti, esso conta il 40,3% degli arrivi ma soprattutto il 62,15% delle presenze della provincia di Matera. Se consideriamo l'intera regione, il Metapontino rappresenta il 29% degli arrivi e il 46,2% delle presenze.

Ed è proprio in questa cornice socioeconomica che si è immaginato di dar vita ad una idea progettuale in grado di intercettare una fetta di mercato del turismo balneare composta da persone con esigenze particolari e che avanzano richieste adeguate ai loro stili di vita, problematiche alimentari e disabilità di ogni genere. In altre parole, si è immaginato di rinvigorire il turismo locale attraverso quella fetta di mercato definito *turismo accessibile*.

Secondo i dati ONU, EU e OMT (Organizzazione mondiale del Turismo) e ENAT (European Network for Accessible Tourism), circa 37 milioni di

europei e il 7% [Censis, 2014] della popolazione italiana presenta condizioni di disabilità motorie, psichiche e/o sensoriali. Ciò vuol dire che se il territorio jonico lucano fosse adeguatamente accessibile e presente nei principali circuiti di pubblicità e promozione turistica, il Metapontino avrebbe la possibilità di accrescere maggiormente la propria presenza di turisti italiani e stranieri. In altri termini, significherebbe adeguare: strutture ricettive, della ristorazione, commerciali e uffici pubblici al fine di facilitare l'accesso a strutture e servizi in base a tre fattori: le esigenze psicofisiche del singolo individuo; la normativa vigente; gli standard di qualità.

La ricaduta di tali interventi consentirebbe un potenziale turistico tra il 7-10% se si considerano come esigenze particolari, non solo le disabilità comunemente riconosciute ma anche:

- diete particolari (presenti nel 42,7% della popolazione);
- esigenze legate a specifiche allergie (37,4%);
- problemi di orientamento;
- difficoltà nella comunicazione verbale².

Dai risultati emersi dallo stesso studio si dimostra che il 55% della popolazione italiana, cioè più di 31 milioni di soggetti, aveva intrapreso un viaggio nell'ultimo anno e tra questi:

- il 3% aveva esigenze speciali (3%);
- il 7% un'età superiore ai 64 anni (7%) e con esigenze di salute specifiche.

Un aumento del 5-7% significherebbe per il Metapontino una crescita di circa 85 mila presenze, su circa 1,2 milioni che già stabilmente affollano i centri jonici. Per avere un termine di paragone, di quanto il turismo accessibile sia in grado di incrementare l'attrazione turistica ce lo fornisce la città di Berlino che nel 2013 ha avuto un aumento dell'8,5% del fatturato dopo il riconoscimento europeo di Access City Awards³.

Un esempio potrebbe essere la città di Policoro. Se solitamente il numero della propria popolazione aumenta del 20% circa per via di proprietari di seconde case e turisti abituali che pernottano nelle varie strutture ricettive del territorio, con un potenziale 8% arriverebbe ad avere nei mesi estivi 4-5 mila unità in più rispetto ad una popolazione residente di 18 mila abitanti circa.

² Cfr: lo studio condotto da ENEA-Iter nel 1999. <https://www.edscuola.it/archivio/handicap/iter.htm>

³ Cfr sito dell'EU sui criteri di ammissione all'Access City Awards. <https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1141&langId=it> (ultimo accesso il 20/07/2024)

3.2 L’A.P. dell’Ufficio per le politiche in favore delle persone con disabilità

Nel 2022, l’Ufficio per le Politiche in favore delle persone con disabilità della Presidenza del Consiglio dei Ministri, ha inteso promuovere l’attuazione di progetti volti a favorire il turismo accessibile attraverso azioni finalizzate:

- allo sviluppo del turismo accessibile e inclusivo volto a favorire la presenza di turisti con disabilità e dei loro familiari;
- alla realizzazione di infrastrutture e all’organizzazione di servizi accessibili;
- all’offerta turistica accessibile ed inclusiva, anche attraverso tirocini lavorativi per persone con disabilità.

La promozione è stata possibile grazie all’Avviso Pubblico del gennaio 2022, in attuazione del decreto del Ministro per le disabilità, di concerto con il Ministro dell’economia e delle finanze, del lavoro e delle politiche sociali e del turismo (28 settembre 2021) recante il riparto delle risorse afferenti il “Fondo per l’inclusione delle persone con disabilità”, di cui all’art. 34, comma 2, del decreto-legge 22 marzo 2021, n. 41⁴.

Alla realizzazione dei progetti di cui all’articolo 1, è stato destinato un finanziamento per l’anno 2022 pari a complessivi di trenta milioni di euro, a valere nei limiti delle risorse stanziare sul bilancio autonomo della Presidenza del Consiglio dei Ministri.

Hanno potuto partecipare al summenzionato avviso le Regioni e le Province Autonome di Trento e Bolzano, anche promuovendo apposite convenzioni o accordi di partenariato o di coprogettazione, anche secondo quanto previsto dalle normative regionali, con altri enti pubblici ed enti del terzo settore, di cui al decreto legislativo 3 luglio 2017 n. 117, a condizione, per questi ultimi, che abbiano nello Statuto e/o nell’Atto costitutivo i temi oggetto del presente Avviso.

L’avviso, in collaborazione con altri soggetti, le Regioni e le Province autonome si sono potuti avvalere del coordinamento e la responsabilità della realizzazione nei confronti dell’Amministrazione.

Ciascun progetto avrebbe dovuto contenere tutti i seguenti elementi:

- ambito turistico di riferimento (turismo balneare, lacustre, montano);
- area territoriale di riferimento degli interventi;
- la descrizione delle azioni che saranno svolte per incrementare l’accessibilità dei servizi turistici;

⁴ Cfr: <https://disabilita.governo.it/it/avvisi-e-bandi/avviso-pubblico-per-il-finanziamento-di-progetti-per-il-turismo-accessibile-e-inclusivo-per-le-persone-con-disabilita/>

- la descrizione delle azioni previste per qualificare l'accoglienza;
- azioni per la sicurezza e l'integrazione dei servizi sanitari;
- numero e tipologia dei tirocini nei servizi turistici per favorire l'inclusione delle persone con disabilità;
- formazione e aggiornamento professionale;
- comunicazione e promozione.

Ogni progetto successivamente approvato dal Ministero ha potuto ottenere un finanziamento, nel rispetto delle seguenti misure massime:

- due milioni di euro ai progetti presentati dalle Regioni e Province autonome con popolazione superiore a 5 milioni di abitanti;
- un milione e seicentomila euro alle Regioni e Province autonome con popolazione inferiore a 5 milioni e superiore a 3 milioni di abitanti;
- un milione e duecentomila euro alle Regioni e Province autonome con popolazione inferiore a 3 milioni di abitanti.

3.3 Il progetto della Regione Basilicata: un modello di accessibilità

La Basilicata ha presentato il progetto denominato *B4A: Basilicata for all*, ottenendo un finanziamento complessivo di un milione e duecento mila euro poiché la regione registra una popolazione inferiore ai 3 milioni di abitanti.

Il progetto ha avuto inizio a settembre 2022 per una durata di 24 mesi, ottenendo una proroga da parte del ministero di riferimento per via di rallentamenti burocratici da parte del soggetto attuatore. Scopo ultimo è stato quello di sperimentare un "modello" di accessibilità in grado di favorire l'accoglienza turistica per ogni tipologia di esigenza e promuovere il territorio del Metapontino come luogo "aperto a tutti". Un modello operativo in grado di esprimere le potenziali attrattive del territorio e porsi l'obiettivo ultimo di poter candidare il Metapontino nel prestigioso riconoscimento europeo del Access City Award, che in Italia finora è stato riconosciuto solo ad alcune città e borghi: Milano, Firenze, Alessandria e Monteverde (Avellino).

Il punto terminale che ha sancito gli obiettivi relativi all'accessibilità è stato l'istituzione di un *marchio* di qualità regionale che, attraverso un logo appositamente realizzato, ha avuto il fine di essere uno strumento di certificazione, identificativo e comunicativo in grado di trasmettere il rispetto di standard di qualità, vision e valori di strutture turistiche, commerciali, pubbliche e del terzo settore. Lo stesso marchio ha in nuce l'idea di rimarcare requisiti di accessibilità anche per eventi sportivi, culturali e di promozione del territorio, tesi all'inclusione di persone con disabilità.

Le aziende riconosciute con il marchio, di fatto hanno creato un primo network che potrebbe essere inglobato all'interno di circuiti promozionale su scala nazionale e internazionale in modo da amplificare il messaggio delle strutture e dei servizi rispettosi dei principi dell'accessibilità, dell'inclusione e dell'Universal design.

Graf. 1 – Marchio di accessibilità relativo al progetto “B4A: Basilicata for all”



Se il marchio è l'espressione di un network potenzialmente esteso a tutte le realtà aziendali pubbliche e private della costa jonica (e persino dell'intera regione), il progetto ha previsto anche l'introduzione di strumenti in grado di comunicare al turista l'intera gamma di offerte fruibili: strutture alberghiere ed extra-alberghiere, stabilimenti balneari, aree di sosta per camper, ristoranti e servizi simili ma anche uffici di pubblica utilità (municipio, poste, musei, luoghi di culto, banche, aziende sanitarie, pubblica sicurezza, trasporto pubblico, ecc.).

Una successiva mappatura dei servizi disponibili e accreditati, ha offerto la possibilità di scelta tra i possibili servizi fruibili dal turista e presenti su un territorio più o meno vasto.

Con l'istituzione di "hub" in due comuni della costa jonica lucana (Policoro e Metaponto), il turista ha avuto la possibilità di essere informato e quindi essere soddisfatto per ogni tipologia di esigenza avanzata. Presso gli hub, dove ha operato personale qualificato, oltre alle mere informazioni è stato possibile usufruire di due servizi specifici: il taxi sociale (rivolto esclusivamente alle persone con disabilità e ai loro familiari) e il servizio di accompagnamento e assistenza con personale specializzato.

Per quanto concerne il concetto di inclusione, il progetto (in linea con quanto richiesto dal bando) ha voluto inserire nel tessuto lavorativo del comparto turistico, persone con particolari condizioni psico-fisiche e sensoriali. Favorire l'inclusione lavorativa ha significato fundamentalmente concretizzare diversi passaggi: preparare la persona al lavoro accrescendo competenze, conoscenze, abilità e consapevolezza; predisporre l'azienda per l'inserimento lavorativo nel rispetto della normativa vigente e a seconda dei bisogni specifici della persona; ricercare la necessaria compliance con i caregivers (quasi sempre genitori); avvalersi di figure professionali (job coach) in grado di conoscere gli strumenti necessari [Di Santo R. e Minonni C., 2018] al fine di completare ogni processo di inclusione sociale e lavorativa della persona con disabilità [Di Santo R. e Magoni G., 2020], in particolare modo negli anni post-Covid [Di Santo R. Bertolazzi A, Leo R., 2021].

Nel caso del progetto, l'inserimento al lavoro (almeno nella fase attuativa del progetto) si è concretizzato con n. 20 tirocini formativi presso aziende turistiche (villaggi, hotel, campeggi e persino negli "hub" appositamente realizzati).

In ultimo il progetto ha investito sulla conoscenza e la professionalità degli operatori del settore sociosanitario e socioassistenziale del luogo affinché alle esigenze turistiche vi sia un adeguato servizio di presa in carico assistenziale. A tal proposito sono stati previsti dei corsi di aggiornamento professionale per dipendenti di aziende private e pubbliche di carattere socioassistenziale, riabilitativo e sanitario.

L'evidenza di quanto realizzato è esposta nella prima fiera specifica organizzata proprio in Basilicata a conclusione del progetto.

3.3.1 I partners di progetto

La Regione Basilicata per portare avanti le singole azioni si è avvalsa di un partenariato. I partner, coinvolti sin dalla coprogettazione (secondo quanto previsto dall'art 3) sono i seguenti:

- Presidi Educativi Impresa sociale S.r.l. di Policoro (Matera)⁵
- Società Cooperativa Sociale QUM – Impresa Sociale di Tursi (Matera)⁶

⁵ Presidi Educativi impresa sociale srl è un'impresa del terzo settore che ha tra i suoi servizi l'orientamento al lavoro di persone con disabilità. Essa ha come obiettivo il contrasto alla povertà educativa e l'inclusione sociale di persone con disabilità. Particolarmente attiva nel concretizzare idee progettuali nel rispetto del welfare di prossimità.

⁶ QUM è una realtà che si occupa di povertà economica, turismo sociale e integrazione di cittadini stranieri.

- Federazione Italiana Superamento Handicap (F.I.S.H.) di Basilicata, con sede legale a Potenza⁷
- Agenzia di Promozione Territoriale della Basilicata (APT) con sede a Potenza⁸
- Associazione Culturale Iperesto di Napoli⁹.

Tra le aziende individuate per la gestione dell'intero progetto, oltre al partenariato, vi sono: ENFOR – Ente di Formazione e Ricerca¹⁰ di Policoro e INTENT S.P.A. di Zagarolo (Roma)¹¹. Inoltre, nel progetto è menzionata la collaborazione con Confindustria – Sezione turismo di Basilicata.

3.4 Le azioni del progetto

Ciò che ha caratterizzato “Basilicata for All” sono state le 8 azioni, strettamente connesse tra loro ed ognuna gestita dai partner di progetto in base al proprio know how. Le azioni sono le seguenti:

- Azione 1. Project management e gruppo tecnico-scientifico (GTS)
- Azione 2. Istituzione hub territoriali
- Azione 3. Aggiornamento professionale
- Azione 4. Comunicazione online, promozione turistica, augmented reality
- Azione 5. Inclusione lavorativa - tirocini formativi
- Azione 6. Adeguamento strutture con investimenti diretti.
- Azione 7. Partecipazione a eventi di promozione turistica
- Azione 8. Informazione e disseminazione dei risultati

⁷ FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap) nasce per accrescere competenze, conoscenze e potenzialità nella sensibilizzazione relativa al tema della disabilità

⁸ <https://www.aptbasilicata.it/>

⁹ Iperesto di Napoli è un'associazione che vanta un know how per ciò che riguarda l'introduzione, l'uso, il training di specifici strumenti e tecnologie che facilitano la comunicazione per differenti tipologie di disabilità.

¹⁰ Enfor è un organismo di formazione accreditato presso la Regione Basilicata. L'area welfare è stata protagonista di numerosi iniziative progettuali, corsi di formazione e aggiornamento professionale sul tema della disabilità, del ruolo del job coach e del project management.

¹¹ Gruppo Intent è un'azienda laziale che creare valore nella galassia delle soluzioni tecnologiche avendo particolare attenzione alle persone e alle loro esigenze.

3.4.1. Project management e gruppo tecnico-scientifico (GTS)

Prima ancora di parlare di luoghi accessibili, la Regione mediante questo progetto, ha voluto progettare, realizzare e/o adeguare le strutture esistenti e nascenti nel Metapontino. Tali strutture sono intese come il terminale di una idea universale di accessibilità da sviluppare in Basilicata. Per fare ciò è stato indispensabile destinare risorse economiche e, solo in questo modo, avere:

- strutture in grado di ospitare turisti con ogni tipologia di risorse;
- maggiore offerta turistica;
- incremento del numero di presenze e visite;
- ricaduta economica positiva sull'intero territorio.

Per perseguire tali obiettivi è risultato fondamentale la creazione di un modello organizzativo complesso, di tipo top-down dove all'apice vi è stato il Tavolo Tecnico costituito da: esperti individuati dalla Regione Basilicata (interni) ed esperti (esterni, questi ultimi indicati dai restanti partner di progetto). Tale gruppo ha risposto ai seguenti requisiti:

- essere esperti di amministrazione pubblica per l'espletamento di bandi e avvisi pubblici per erogare fondi destinati all'adeguamento delle strutture ospitanti. Tali esperti sono state risorse interne della Regione Basilicata (P.O. della *Direzione Generale per lo Sviluppo economico, il lavoro e i servizi alla comunità*);

- essere esperti di project management per percorsi formativi e di inserimento lavorativo di persone con disabilità (esperti esterni);
- essere esperti di inclusione sociale e lavorativa di persone con disabilità, con particolare know how sulla valutazione della qualità dei servizi e studi/ricerche sul tema della disabilità e processi di inclusione (esperti esterni).

Queste tre figure (denominato Tavolo tecnico) sono state costituite da un referente della Regione Basilicata (che ha il ruolo di coordinatore di progetto, che di fatto è un attuale dirigente regionale del settore attività produttive), un esperto di project management individuato dal partner Presidi Educativi Impresa sociale S.r.l.; un esperto di project management individuato dal partner ENFOR. Queste tre figure sono state coadiuvate da un referente della FISH (Federazione Italiana Superamento Handicap) di Basilicata e da altri esperti in materia di accessibilità, ovvero professionisti afferenti a campi disciplinari differenti: economico-giuridico, progettuale, socio-psico-pedagogico, informatico-tecnologico e/o medico-sanitario. L'insieme di questi soggetti ha costituito il cosiddetto Gruppo Tecnico-Scientifico (GTS).

Il Tavolo tecnico ha avuto il compito di:

- condurre un'analisi sulle principali criticità del sistema di accoglienza turistica nel rispetto della logica dell'accessibilità universale;
- realizzare linee guida che dovranno contenere i criteri di accessibilità (oltre al rispetto della normativa vigente) al fine di certificare le strutture con il marchio appositamente dedicato;
- predisporre l'emanazione di avvisi pubblici e bandi per l'erogazione di risorse economiche in grado di consentire l'adeguamento di strutture ricettive del territorio;
- verificare l'efficienza dell'adeguamento di tali strutture;
- monitorare l'intero progetto;
- valutare l'impatto che esso ha sul territorio.

Inoltre, questi hanno potuto istituire il marchio di qualità (summenzionato) che, alla luce delle linee guida e il quadro normativo vigente, è stato in grado di certificare le strutture con specifici requisiti al fine di rientrare in un network locale di *accessibilità per tutti*. La concessione del logo è stata gratuita e rilasciata esclusivamente dall'organismo predisposto.

In ultimo, il gruppo tecnico ha avuto il compito di supervisionare gli "Hub" territoriali (di seguito definiti) per una loro corretta ed adeguata funzione.

Il modello organizzativo prevede che per ogni azione vi sia un coordinatore in grado di:

- gestire le risorse umane relative alle specifiche attività progettuali;
- interfacciarsi con il Gruppo Tecnico e partecipare agli incontri di programmazione;
- condurre analisi sulla qualità del servizio erogato;
- predisporre report periodici.

I Coordinatori previsti sono:

- Coordinatore degli hub territoriali;
- Coordinatore della comunicazione;
- Coordinatore dei tirocini formativi e formazione/aggiornamento professionale;
- Coordinatore della prima fiera internazionale sul turismo accessibile in Basilicata.

3.4.2 *Gli hub territoriali*

Gli "HUB" sono risultati dei punti informativi, servizio accompagnamento e orientamento ai servizi sanitari. Di fatto il turista ha avuto la possibilità di ottenere informazioni relativi ai servizi pubblici e privati del territorio; strutture alberghiere, luoghi culturali, sportivi, di culto, ricreativi e di

ristoro del Metapontino e dell'intera Basilicata. Tali informazioni sono state fornite attraverso materiale cartaceo predisposto in linguaggi accessibili (Braille e Comunicazione Aumentativa e Alternativa). In tali spazi vi hanno operato figure professionali adeguatamente formate e con esperienza nell'uso di lingue straniere (per turisti che non parlano l'italiano) e nella LIS (Lingua Italiana dei Segni).

Questi sono stati ubicati in due comuni della costa jonica lucana con maggiore flusso turistici: uno a Policoro (con una seconda sede necessaria per il coordinamento generale ubicata presso la sede operativa di QUM) ed uno a Bernalda (località Metaponto).

L'hub di Policoro è stato allestito presso un *casalino* (i casalini sono case storiche risalenti ai XIX secolo) di proprietà del Comune, concesso con apposita deliberazione di giunta, in prossimità del Museo Nazionale della Siritide e dell'ospedale cittadino.

L'hub di Metaponto è stato allestito invece presso la parrocchia del borgo, in prossimità della stazione ferroviaria che è di fatto lo snodo tra Puglia, Calabria e Campania. I treni di medio-lunga percorrenza che transitano da Metaponto collegano infatti le regioni del sud con il centro-nord.

Gli Hub territoriali hanno previsto la presenza di un servizio di taxi sociale affinché il turista con specifici bisogni abbia potuto spostarsi sul territorio con un mezzo adeguato alle proprie esigenze e, soprattutto, avvalersi di personale adeguatamente formato.

I taxi sociali sono stati due, uno per hub territoriale previsto. Il primo ha coperto i comuni di Nova Siri, Rotondella e Policoro; il secondo è stato impegnato per i comuni di Scanzano jonico, Pisticci e Bernalda. Ogni taxi sociale ha avuto l'onere di accompagnare il turista in tutti i luoghi del litorale jonico, come per esempio: il santuario di Anglona; il monastero di Montescaglioso; i Sassi di Matera; ecc.

Il taxi sociale è stato un servizio gratuito ed ha permesso di accompagnare il turista presso il molo di Marinagri per un viaggio con un battello messo a disposizione da ANFFAS Policoro (con cui è stato sottoscritto un protocollo d'intesa). La stessa ANFFAS Policoro ha fornito (sempre sulla base di un protocollo di intesa) operatori adeguatamente formati. L'assistente, formalmente richiesto, ha provveduto ad assistere la persona con disabilità per una durata concordata con lo stesso turista (o suoi caregiver). L'assistente è stato un facilitatore sia per esigenze psico-fisiche sia per gli spostamenti e la fruizione di servizi locali: banche, poste, sicurezza pubblica, uffici amministrativi, biblioteche, ecc. oltre che ad ambienti strettamente culturali (per esempio musei) e turistici (per esempio, assistenza sulla spiaggia).

Ogni Hub è stato coordinato da l'impresa sociale QUM, come realtà che si occupa di inclusione e turismo sociale. Al suo interno hanno operato alcuni professionisti della FISH di Basilicata. Queste realtà sono state supportate dall'Associazione Culturale Iper testo di Napoli, che vanta un know how per ciò che riguarda l'introduzione, l'uso, il training di specifici strumenti e tecnologie che facilitano la comunicazione per differenti tipologie di disabilità.

Così come il coordinamento degli Hub territoriali, il progetto ha previsto che per ogni azione vi sia stato un coordinatore.

In sintesi, in ogni hub sono stati presenti:

- N.1 coordinatore dell'azione (fornito dalla Coop. Soc, QUM);
- N. 1 operatore multilingue;
- N. 1 operatore esperto di interventi psicoeducativi;
- N. 2 tirocinanti del percorso formativo previsto;
- N. 2 volontari.

3.4.3 Aggiornamento professionale

Il progetto ha previsto i seguenti corsi di aggiornamento professionale ed è a cura di ENFOR – Ente di Formazione e Ricerca.

- Corso in “Metodi, strategie, strumenti e tecniche comunicative per le persone con disabilità” rivolto a assistenti educativi (20 ore per ogni anno di attività). Al corso hanno preso parte gli operatori afferenti alle aziende che avranno sottoscritto un protocollo d'intesa con la Regione Basilicata e i partner di progetto: QUM e ANFFAS Policoro (quest'ultima per conto di FISH Basilicata). I docenti sono esperti individuati da ENFOR: accademici e/o professionisti con comprovata esperienza nel campo della disabilità e del management aziendale.

- Corso in “Metodi, strategie, strumenti e tecniche comunicative per le persone con disabilità” rivolto a operatori linguistici/interpreti (20 ore) e autisti di taxi. Al corso hanno partecipato coloro che hanno operato all'interno degli hub appositamente istituiti.

- Corso in “Inserimento lavorativo di persone con disabilità: strumenti di valutazione” (30 ore). Al corso hanno aderito n.2 Job coach (psicologi, con specifica esperienza).

3.4.4 Comunicazione online e promozione turistica

Per quanto riguarda la comunicazione questa è stata articolata in due parti così definite: online e onsite.

Nel primo caso si è trattata di una comunicazione realizzata attraverso portali web, app e altre soluzioni informatiche; nel secondo caso si è trattata di una comunicazione sul luogo composta principalmente da: cartellonistica, segnaletica, materiale informativo cartaceo, pubblicità in tv, stampa, comunicazioni istituzionali, ecc.

Sia nella modalità online sia onsite, la tecnologia ha svolto un ruolo primario per:

- l'accessibilità di informazione da parte di persone con disabilità, che deve essere possibile non solo nella fase di organizzazione del viaggio ma anche e soprattutto durante l'esperienza turistica stessa;
- nella raccolta di dati e nell'estrazione di informazioni utili all'individuazione dei bisogni primari per lo specifico territorio, al fine di pianificare lo sviluppo del servizio;
- nella creazione di sensoristica avanzata basata su recenti tecnologie (come la Computer Vision) al fine di automatizzare servizi di assistenza;
- offerta di soluzioni avanzate per la fruizione accessibile delle informazioni e per il supporto all'esperienza turistica.

Lo scopo ultimo è stato quello di qualificare l'accoglienza mediante applicazioni informatiche multilingua e accessibili sul turismo, mappe rete regionale e locale di spiagge, percorsi, località alberghi, trasporti attrezzati, informazioni "vacanze in salute", segnaletica dedicata e possibilità di comunicazioni di emergenza, attivazione servizi/convenzioni per servizi di accompagnamento, di assistenza, educativi.

Il modello a cui si è fatto riferimento ha previsto l'uso di una piattaforma informativa di tipo accessibile.

Nel concreto, ci si è mossi con l'idea che il turista con esigenze di accessibilità è sempre alla costante ricerca di informazioni, e il suo veicolo principale per acquisirle è il web. È una persona che si informa sui suoi prossimi viaggi, condivide informazioni, compra servizi relativi al viaggio che andrà a fare (es. escursioni in loco) e per questi scopi, usa un'enormità di strumenti: PC, tablets, smartphones, ecc. che rappresentano forse una delle più potenti innovazioni che permette al web di propagarsi nelle tasche di tutti i possessori di dispositivi elettronici connessi a Internet.

In questo l'accessibilità informativa si declina in una serie di aspetti fra cui:

- la disponibilità di piattaforme tecnologicamente accessibili, che in Italia si declina con il rispetto della Legge 4 del 2004 (legge Stanca) e successive

evoluzioni (in particolare il Decreto Legislativo 106/2018) che norma le modalità progettuali di siti web o app al fine di renderle accessibili;

- disponibilità esaustiva di informazioni;
- contenuti formulati in modo accessibile (con particolare riferimento ai disturbi cognitivi).

La proposta progettuale ha previsto la realizzazione di una piattaforma tecnologica multicanale (web, mobile, auto) in grado di permettere all'utente di acquisire tutte le informazioni necessarie a:

- pianificare un viaggio "accessibile", ossia individuare la migliore offerta del territorio e delle strutture ricettive dal punto di vista dell'accessibilità
- avere un continuo accesso alle informazioni durante tutto l'arco del viaggio
- poter condividere esperienze e consigli con altri utenti del portale
- consentire alle strutture ricettive di alimentare il sistema con informazioni di propria pertinenza (alimentazione collaborativa)
- acquisire dati dagli utenti al fine di generare informazioni per il continuo miglioramento dell'offerta
- dare alle strutture ricettive delle componenti informative direttamente integrabili all'interno delle loro piattaforme al fine di offrire un servizio gratuito di informazioni ai propri utenti

Inoltre, il modello proposto prevede l'introduzione di soluzioni propriamente dette "Augmented reality".

Partendo dall'idea che il turista è tipicamente colui che non conosce (se non in minima parte sia l'ambiente sia i servizi scelti) si è avuta l'idea di proporre servizi, che possono essere geo-localizzanti, particolarmente efficaci una volta arrivati nella destinazione scelta. Si tratta di una forma integrata di tecnologie come Realtà Virtuale o Realtà Aumentata che il turista può utilizzare per avere informazioni su ciò che lo circonda: musei, eventi, indicazioni stradali.

La proposta progettuale è stata fondata sull'idea di integrare una tecnologia di Realtà Aumentata (AR) e i punti di interesse turistico. La piattaforma permette dunque di:

- supportare l'utente all'accesso di informazioni sui servizi;
- ottenere informazioni per fini di intrattenimento;
- avere un censimento e consultazione informativa dei luoghi di interesse;
- consentire all'utente di pianificare le destinazioni ed organizzare il proprio itinerario;
- ottenere un servizio di marketing per il network di operatori che offrono servizi accessibili.

On site, la comunicazione è data anche da cartellonistica, brochure, dépliant e materiale purché in multilingua (per turisti stranieri) e multicanale (per le disabilità sensoriali e cognitive).

Inoltre, si è ritenuto fondamentale la disseminazione di risultati mediante conferenze stampa, seminari tematici e workshop con i principali attori istituzionali del territorio lucano.

3.4.5 Tirocini formativi per un inserimento lavorativo nel settore turistico

Oltre che l'accessibilità, il secondo elemento peculiare del progetto è stato quello dell'inclusione lavorativa di persone con disabilità. Come scritto nel volume a cura di Rocco Di Santo e Cosimo Minonni intitolato *Inserimento sociale e lavorativo di persone con autismi* [Op. Cit.], si è voluto arginare il diffuso fenomeno dell'esclusione lavorativa delle persone con disabilità attraverso tirocini formativi.

Il progetto in questione ha posto l'accento sull'importanza di introdurre persone con disabilità nei contesti lavorativi del settore turistico-alberghiero del Metapontino. Per questa ragione, il coordinatore di tale azione è stato affiancato da un numero di un team di job coach con un rapporto 1:10. Tali figure sono state selezionate da Presidi Educativi Impresa sociale S.r.l. e adeguatamente aggiornati (azione 6). La selezione è avvenuta per titoli e colloqui motivazionali.

Le realtà imprenditoriali individuate per concretizzare tale azione sono: ENFOR – Ente di Formazione e Ricerca di Policoro e la stessa Presidi Educativi impresa sociale S.r.l.

L'ente di formazione è stato negli ultimi anni protagonista nel formare job coach e disability management attraverso corsi di alta formazione, master non universitari e corsi di formazione/aggiornamento professionale.

I due job coaches si sono occupati di:

- predisporre e tenere un percorso formativo propedeutico all'inserimento nel contesto aziendale;
- affiancare e consentire l'inserimento in azienda per un totale di tre mesi per ognuno dei tirocinanti.

Il progetto è stato fruito da 20 tirocinanti (giovani adulti con disabilità) così distribuiti:

- n. 16 presso aziende turistiche del territorio (hotel, resort, villaggi, b&b, agriturismi, agenzie turistiche, ecc.);
- n. 4 presso i due hub istituiti, ove il tirocinante ha potuto offrire il suo contributo per la gestione del servizio di informazione.

Ogni tirocinante ha percepito un'indennità ed è stato assicurato dal titolare dell'azione (in tal caso da ENFOR).

L'attività in aula è dunque stata propedeutica all'inserimento lavorativo di ognuno dei tirocinanti. Questa è consistita in lezioni teorico/pratiche delle seguenti discipline (60 ore complessive):

- sicurezza sui luoghi e ambienti di lavoro (10 ore);
- competenze digitali (uso di programmi di videoscrittura, foglio di calcolo, navigazione e gestione email);
- Applicazione delle conoscenze, dinamiche di gruppo e comportamento in azienda (30 ore)
- autoimprenditorialità (per favorire a conclusione dell'esperienza di avviare nuove realtà imprenditoriali in forma singola – per esempio ditta individuale – o di gruppo – per esempio società di capitale, cooperative sociali, associazioni di promozione sociale, ecc. (20 ore).

3.4.6 Adeguamento delle strutture ricettive

“Basilicata for All” non ha avuto il solo scopo di promuovere la Basilicata e i suoi luoghi turistici ma anche di sostenere una nuova mentalità, che ha saputo guardare all'accessibilità come ad un'occasione per elevare la qualità del proprio prodotto. L'idea di fondo è che ogni struttura e servizio territoriale deve pensare di migliorare il servizio e di realizzare ambienti e spazi che possano essere semplicemente comodi, belli, piacevoli, confortevoli e agevoli per tutti, creando e organizzando strutture realmente in linea con le necessità e le richieste di tutte le persone, tra questi i turisti con disabilità (fisiche, sensoriali, intellettive, psichiche, relazionali e comunicative), le famiglie con bambini piccoli, le persone con problemi di alimentazione e disfunzioni ormonali, gli anziani e coloro che hanno patologie croniche e ricorrenti che, pur non contemplando una totale non autosufficienza e dipendenza da altri, necessitano di qualche particolare attenzione (donne in attesa o altri bisogni temporanei). Una nuova filosofia che sappia considerare l'accessibilità come uno strumento per l'innalzamento della qualità complessiva del progetto, del prodotto e del servizio. Una nuova mentalità che deve andare a scardinare le vecchie credenze, che deve annullare le false leggende e che deve necessariamente essere accompagnata da una presa di responsabilità del gestore e da un forte impegno in un percorso di miglioramento continuo e progressivo.

Per l'adeguamento delle strutture ricettive del Metapontino la Regione Basilicata ha previsto lo stanziamento di risorse economiche (nel Piano

Finanziario del progetto è stato previsto un budget di circa 600 mila euro) da elargire a fondo perduto alle aziende che fanno specifica richiesta (attraverso avviso pubblico regionale) per l'ammodernamento e riqualificazione degli spazi al fine di renderli accessibili. Tali opere strutturali hanno avuto l'onere di facilitare l'accessibilità: alle spiagge e alla balneazione; al ristoro; al pernottamento; ai servizi igienici; la comunicazione; alla fruizione di spazi ludico-ricreativi accessibili; alla mobilità sul territorio.

Fine ultimo dell'azione è stata la realizzazione spiagge attrezzate, trasporti attrezzati e percorsi garantiti a livello regionale e locale, alberghi/alloggi/strutture ricettive attrezzate, itinerari e percorsi turistici, regionali e locali, attrezzati, segnaletica e altre forme di rimozione di barriere alla comunicazione per persone con disabilità sensoriali.

Ogni azienda richiedente ha potuto far riferimento alle linee guida regionali sull'accessibilità turistica. Le aziende che hanno risposto a tali criteri normativi hanno ricevuto il riconoscimento di "luogo accessibile" mediante il marchio "Basilicata for All".

3.4.7 Partecipazione a eventi di promozione turistica

L'efficacia, l'efficienza, la qualità e la sostenibilità del progetto sono state necessariamente poste in evidenza attraverso fiere e incontri tematici per esperti del settore. A tal proposito, l'idea progettuale e i risultati ottenuti sono stati esposti (e lo saranno anche a conclusione del progetto stesso) in occasione di fiere nazionali e internazionali. Inoltre, il progetto ha previsto l'organizzazione di una fiera sul turismo accessibile proprio nei luoghi di attuazione: il Metapontino.

La fiera da organizzare a Policoro a conclusione del progetto deve coinvolgere: le aziende turistiche del Metapontino e dell'intera Basilicata; tour operator; aziende dedicate al booking online; organizzazioni di promozione turistica; case editrici specializzate; promoter di filiere del turismo alimentare; aziende di trasporto; associazioni di persone con disabilità; università e istituti di ricerca; aziende produttrici di strumenti di facilitazione.

L'azione è stata gestita da ATP di Basilicata supportata da Confindustria – sez. Turismo di Basilicata e la start up innovativa Destinazione Basilicata S.r.l., oltre che dagli stessi partner di progetto.

3.4.8. *Informazione e disseminazione dei risultati*

Questa azione ha avuto l'onere di realizzare prodotti tradizionali di tipo cartaceo e gadget come: infografiche, locandine, brochure e volumi monografici che illustrano il fenomeno del turismo accessibile con maggiore attenzione alla situazione rilevata in Basilicata. Tale materiale è stato principalmente distribuito gratuitamente in occasione di eventi tematici, presso gli hub e enti locali del territorio.

Il progetto ha previsto che vi sia l'organizzazione di una fiera sul turismo accessibile da tenere proprio in Basilicata (azione 7) ma anche:

n. 3 seminari tematici da tenere con operatori turistici;

n. 3 convegni da organizzare nelle tre fasi progettuali (all'inizio come evento lancio del progetto; al termine della prima annualità; a conclusione del progetto) con tutti i partner di progetto e con le istituzioni locali per diffondere i risultati ottenuti in itinere ed ex post.

Il convegno di Roma (10 maggio 2024) ha visto la partecipazione di SISS – Società Italiana di Sociologia della Salute (organizzazione scientifica di sociologi della salute a cui è stata affidato l'incarico di progettare e realizzare l'evento), dell'Università Roma Tre – Dipartimento di Scienze della Formazione (che ha ospitato l'evento) e di tutti i partner di progetto. Questa è stata l'occasione per discutere di contenuti scientifici legati al tema dell'accessibilità con illustri relatori¹² e presentare il progetto regionale lucano.

Inoltre, l'informazione del progetto è avvenuta un sistema tecnologico (con smartTV e PC) installati nei luoghi di maggiore flusso turistico: resort, alberghi e villaggi.

Materiale pubblicitario è stato diffuso mezzo stampa cartacea (articoli, fotografie e infografiche) e online (webtv, siti internet delle principali testate giornalistiche).

Banner/cartelloni pubblicitari sono stati utilizzati nei principali scali ferroviari e nei centri cittadini dei comuni lucani (con maggiore attrazione turistica).

Per ottimizzare l'informazione e diffusione dei risultati si è prevista la realizzazione di tre video promozionali realizzati con il supporto di testimonial d'eccezione: registi, attori, cantanti, sportivi o artisti.

¹² Albertina Pretto e Alessia Bertolazzi, Università di Macerata; Andrea Bilotti e Paola Perrucchini, Università Roma Tre; Alessandro Pepino, Università Federico II di Napoli; Rocco Di Santo, presidente SISS e di Presidi Educativi Impresa sociale srl; Cosimo Minonni, presidente ENFOR; Giuseppina Lo Vecchio coordinatrice del progetto e dirigente della Regione Basilicata;

Il partner titolare dell'azione è Presidi Educativi impresa sociale S.r.l., in collaborazione con FISH e l'Associazione Culturale Iperesto.

Il ruolo delle amministrazioni locali è stato determinante affinché, grazie ad una rete formalizzata con un protocollo d'intesa, si è potuto accomunare interessi comuni verso il tema dell'accessibilità, sostenibilità e cittadinanza attiva. Le amministrazioni locali interessate riguardano i comuni di: Nova Siri, Rotondella, Policoro, Scanzano jonico, Pisticci e Bernalda. Nei mesi vi sarà il coinvolgimento anche dei comuni a ridosso del litorale: Tursi, Val-sinni, Colobrarò, San Giorgio Lucano, Craco, Montalbano jonico, Ferrandina e Montescaglioso.

3.4.9 Sostenibilità, punti di forza e debolezza del progetto

Il punto di forza del progetto "Basilicata for all" è stato il partenariato. Questo ha dato modo di rendere attuabile l'idea progettuale ma soprattutto prevedere una sostenibilità futura in quanto i partner coinvolti, attraverso la rete costituente, possono continuare ad esprimere il proprio know how grazie a: sponsorizzazioni, ricerca fondi attraverso altri bandi (pubblici e privati) e concessione di proprie risorse umane e tecnologiche.

L'idea progettuale, dopo una sua prima sperimentazione e avvio a pieno regime di tutte le azioni che la caratterizzano, potrà essere replicata mediante:

- Attività di volontariato espresso dalle associazioni coinvolte (per la gestione degli hub territoriali);
- Autofinanziamento attraverso la concessione del logo (e suo rinnovo) alle realtà imprenditoriali e istituzioni pubbliche del territorio;
- Ricavi da eventi di promozione turistica e disseminazioni dei risultati (convegni, workshop, fiere, ecc.);
- Finanziamento da enti pubblici locali finalizzati alla promozione turistica e iniziative di utilità sociali (in particolare per la comunicazione da utilizzare negli hub territoriali);
- Eventi formativi e di aggiornamento professionale sul tema del disability/diversity management e comunicazioni alternative per la disabilità attraverso quote di iscrizioni dei possibili discenti.

Il taxi sociale è stato un servizio che una volta avviato può essere sostenuto sia attraverso il pagamento di ognuno dei fruitori oppure attraverso lasciti di soggetti privati e fondi di enti locali (comuni, regione, ecc.).

Il servizio di assistenza per turisti con specifici bisogni può essere sostenuto attraverso il pagamento diretto da parte del fruitore verso l'organizzazione che avrà sottoscritto il protocollo d'intesa.

Il ruolo delle amministrazioni locali (Comuni) è determinante per la sostenibilità dell'idea progettuale in quanto possono: definire gli obiettivi, impegni e ruoli attraverso protocolli d'intesa che di fatto concretizzano una rete dei comuni finalizzata all'accessibilità dei luoghi di interesse comune.

L'impatto che il progetto ha in nuce è il seguente:

- rendere il Metapontino (e di conseguenza la Basilicata) uno delle principali mete turistiche grazie ad un modello operativo che rende il territorio (e i suoi servizi) accessibili;
- offrire dei servizi online e onsite per i turisti con specifiche esigenze psico-fisiche e sensoriali in grado di poter rendere la permanenza nel Metapontino un'esperienza positiva grazie a: una comunicazione efficace; un sistema di informazione (hub) capillare, multilingua e multiforme; un servizio di accompagnamento (taxi sociale) e di assistenza (con operatori esperti);
- scardinare stereotipi e pregiudizi sul tema della disabilità (intesa come condizione correlata ad una menomazione psico-fisica), sulla variegata gamma di bisogni dettata da per esempio da esigenze alimentari, allergie e intolleranze, momentanee esigenze psicofisiche (gravidanza, allattamento, non autosufficienza) e acuzie di ogni genere;
- monitorare costantemente le criticità strutturali e di sistema che impediscono l'accessibilità ai principali luoghi turistici della Basilicata, in particolar modo: spiagge, luoghi di interesse culturale e naturalistico.

4. *Le Linee Guida sull'accessibilità turistica in Basilicata*

4.1 Finalità delle Linee Guida

Le Linee Guida sono uno strumento in grado di raccogliere tutte le informazioni sviluppate sistematicamente, sulla base di conoscenze continuamente aggiornate e valide. Queste sono redatte al fine di rendere appropriato e con un elevato standard di qualità: gli ambienti, i comportamenti e le adeguate tipologia di comunicazione. Non si tratta di procedure obbligatorie ma indicazioni necessarie per avere un riconoscimento degli standard minimi per poter riconoscere (nel nostro caso) un luogo “accessibile”.

Le Linee Guida costituiscono una base di partenza per l'impostazione di modus operandi condivisi in organizzazioni di ogni genere (sia private, sia pubbliche) nel campo del turismo, del commercio, della cultura, degli enti locali e delle aziende erogatrici di servizi per la persona.

Quanto presente in questo manuale è frutto di processi e di metodi basati principalmente sulla produzione delle Linee Guida (LG) riconosciute in ambito scientifico internazionale ma anche sulla base di norme, regolamenti, convenzioni e procedure presenti nel contesto nazionale e internazionale.

Lo scopo è quello di produrre un documento che sia nel prossimo futuro il punto di riferimento più importante per manager, imprenditori, professionisti, operatori e tecnici interessati al tema dell'accessibilità. In altri termini, tale strumento dovrebbe contenere gli standard di qualità per favorire adeguati processi di Quality Assurance e decision making per aziende pubbliche e private.

Le LG qui descritte sono state appositamente realizzate dal team di lavoro del progetto *B4A: Basilicata for all* traendo spunto e riferimento dall'esperienza italiana dell'Istituto Superiore di Sanità (ISS).

Il manuale delle LG (presente sul sito www.basilicataforall.it) descrive il processo e i metodi utilizzati per produrre e aggiornare le linee guida sull'accessibilità. Questo strumento è rivolto principalmente a:

- partner di progetto di “Basilicata for All”;
- aziende individuate per la gestione dell'intero progetto;
- membri dei comitati di sviluppo delle LG (Comitato tecnico-scientifico);
- istituzioni pubbliche e private;
- decisori e manager in ambito sanitario, amministrativo, turistico, commerciale, ecc.;
- persone con disabilità, familiari, caregiver e l'intera comunità di cittadini;
- ordini professionali e associazioni di professionisti.

4.2 Criteri di prioritizzazione delle tematiche oggetto di LG

Affrontare il tema dell'accessibilità significa di fatto porre attenzione su un fenomeno multidisciplinare. Si tratta di un tema che interessa le discipline: ingegneristiche e architettoniche; medico-sanitarie; educative; pedagogiche; politico-sociali; economico-giuridiche.

La multiprofessionalità è dettata dall'approccio bio-psico-sociale in nuce al progetto, che intende il concetto di salute, non come elemento dicotomico malattia/salute bensì come la combinazione di elementi che comprendono: peculiarità somatiche, profilo psicologico e rapporti sociali. In quest'ottica, i fattori ambientali non sono altro che la combinazione di componenti culturali e naturali. L'eterogeneità di vedute, analisi e prospettive epistemologiche ha consentito, fino al recente passato, di produrre LG sul tema dell'accessibilità, se non per segmenti specifici. Sono un esempio le LG per l'accessibilità di luoghi di interesse culturali prodotto dal Ministero della Cultura, LG legate all'Universal Design; LG per la riabilitazione psico-fisica.

Ma dalle esperienze prodotte si evince che l'accessibilità non è un tema strettamente legato alla disabilità (soprattutto se questa la si intende come mera difficoltà fisica o sensoriale) ma si estende ad una gamma di bisogni della persona che va da esigenze somatiche (disabilità fisiche, difficoltà legate al peso corporeo, ecc.), alimentari (allergie, intolleranze, disfunzioni ormonali e metaboliche, disturbi della condotta alimentare, ecc.), condizioni psicologiche e cognitive (disabilità intellettive, disturbi, psicosi e nevrosi); bisogni legati all'aging, allo gender, spiritualità e comportamenti legati alla cultura di origine; esigenze legate al nucleo familiare (gravidanza, gestione

di neonati e bambini in età prescolare, presenza di una persona con disabilità, vulnerabilità alla povertà economica). Un mix di fattori dunque che si evidenziano maggiormente quando si lega il tema dell'accessibilità a quello dell'offerta turistica.

Non essendoci delle vere e proprie LG, la Regione Basilicata con questo prodotto ha voluto realizzare delle proprie, adottando e adattando materiale tecnico, legislativo e di sapere socio-psico-pedagogico e sanitario.

Facendo leva sulla letteratura, quanto posto in elenco dovrebbe essere il punto di partenza per la stesura di questo strumento operativo:

- diseguaglianze nel definire la disabilità, la salute e l'accessibilità;
- considerare il carico assistenziale che la disabilità ha sulle principali agenzie di socializzazione (famiglia, scuola, servizi pedagogici), sul SSN, previdenza sociale, servizi socioassistenziali;
- diseguaglianze di processi adottati;
- uso della tecnologia a favore di bisogni specifici;
- evidenze scientifiche di tipo sanitario;
- normativa italiana (e ordinamenti europei) in materia di accessibilità e sicurezza nei luoghi di lavoro;
- istanze sociali e bisogni percepiti dalla popolazione.

4.3 Principi chiave e percorso per la produzione di una LG

La produzione di una LG si è basata sui seguenti principi chiave:

- utilizzo della normativa vigente in Italia e in Europa, e della Convenzione ONU recepita da ogni singolo Paese EU;
- coinvolgimento di esperti indipendenti e senza conflitti di interesse;
- utilizzo di best practices ed evidenze scientifiche presenti in letteratura sugli argomenti pertinenti;
- valutazione e monitoraggio, aggiornamento e revisione delle LG grazie alle consultazioni regolari con stakeholder (review esterna).
- Il processo di produzione di una LG, dallo scoping alla pubblicazione, ha avuto una durata di circa sei mesi.

4.4 Composizione e ruolo del GTS

Il Gruppo Tecnico Scientifico (GTS) è stato un gruppo consultivo indipendente, multidisciplinare e multiprofessionale, composto da esperti con

professionalità e know how differenti, accomunati dall'interesse sul tema in questione.

I membri del GTS sono stati individuati dagli stessi partner di progetto in virtù della loro competenza professionale nel settore oggetto della LG e partecipano ai lavori non come rappresentanti di una particolare organizzazione di stakeholder (società scientifica, associazione di pazienti, ecc.), ma come singoli professionisti, portando la loro personale esperienza e capacità di giudizio.

Il GTS ha avuto di fatto i seguenti compiti:

- definizione dello scope;
- formulazione delle raccomandazioni;
- valutazione e interpretazione delle evidenze scientifiche;
- valutazione delle opinioni e dei commenti degli stakeholder;
- sviluppo delle raccomandazioni;
- formulazione delle raccomandazioni;
- approvazione e revisione delle raccomandazioni;
- sottoscrizione del documento finale delle LG per l'approvazione.

Il coordinamento del GTS è spettato al Responsabile di progetto coadiuvato dal uno staff interno della Regione Basilicata e da due referenti (project manager, individuati tra i partner di progetto). Questi hanno avuto il compito di:

- presiedere agli incontri del Panel e assicurare che tutti i membri abbiano pari opportunità nel contribuire alla discussione;
- condividere con il GTS lo scoping delle LG e la definizione dei quesiti;
- garantire che il GTS operi entro gli ambiti di interesse delle LG;
- approva il documento preliminare e definitivo delle LG.

4.5 Percorso di definizione delle LG

Il percorso per la creazione delle LG è stato il seguente.

Fig. 4 – Percorso di creazione di LG sull'accessibilità turistica



4.5.1 Sviluppo dello Scope

Lo *scope* esplicita esattamente le peculiarità di un fattore che andrà a costituire l'ossatura delle LG. Nello specifico:

- definisce la popolazione target e il contesto/i di applicazione;
- descrive l'oggetto delle LG;
- identifica gli argomenti chiave ed elenca i quesiti chiave che saranno presi in considerazione;
- descrive le prospettive economiche da adottare.

La versione preliminare dello scope (o draft scope) è preparato dai referenti del Gruppo di coordinamento, con input da altri soggetti a seconda dell'argomento trattato.

Il draft scope deve necessariamente contenere:

- una breve descrizione dell'argomento della LG (storia naturale e quadro analitico della accessibilità in Basilicata, dunque dell'offerta dei servizi (pubblici e privati) in merito al tema oggetto di interesse delle LG;
- una breve panoramica del contesto in cui la LG sarà sviluppata;
- una sintesi delle ragioni che rendono necessario lo sviluppo della LG e il valore aggiunto atteso con la sua applicazione, in termini di risultati e costi;
- eventuali collegamenti con altre raccomandazioni di LG disponibili e standard di qualità (pubblicati o in fase di sviluppo);
- una descrizione delle disuguaglianze di salute associate a fattori socio-economici, delle disuguaglianze nell'accesso ai servizi turistici e delle opportunità per migliorarle.

Allo sviluppo dello scope partecipano anche i membri del GTS (referenti del partenariato), oltre che gli stakeholder che eventualmente vengono consultati sul draft scope.

4.6 Dai quesiti alle raccomandazioni

La metodologia che caratterizza il percorso delle LG sull'accessibilità si ispira (quasi fedelmente) a quello utilizzato dall'ISS per la creazione di LG utilizzate in ambito clinico.

Per un percorso esplicito, trasparente e standardizzato a più fasi, che devono essere rigorosamente seguite rispettando la sequenzialità proposta di una *issue* e delle relative raccomandazioni.

4.6.1 Definizione dei quesiti

I quesiti, scaturiti dalla fase di scoping, devono includere tutte le dimensioni rappresentate dall'acronimo PICO, che indica la necessità di definire:

- *Popolazione target* della raccomandazione: gruppo di individui con caratteristiche comuni. La popolazione identificata nella linea guida è l'insieme di tutte quelle persone con specifici bisogni che rappresentano i destinatari ultimi degli interventi raccomandati dalle LG.
- *Intervento* oggetto della raccomandazione: adeguatezza delle strutture e dei servizi in merito all'accessibilità di persone con disabilità e altre tipologie di bisogni; scelte di policy, ecc.;
- *Confronto* che si vuole considerare nella raccomandazione: intervento di riqualificazione e adattamento degli spazi, partendo dagli standard normativi;
- *Outcome* (esiti) di interesse per la formulazione della raccomandazione: l'impatto che i test, gli interventi strutturali, le politiche sanitarie, i programmi o persino gli stereotipi e luoghi comuni che si hanno su persone, gruppi o popolazioni. Nella pratica, gli outcome potrebbero essere rappresentati da: n. di persone che accedono ai servizi; incremento di turisti con disabilità e altri bisogni, miglioramento/peggioramento delle offerte turistiche; n. di concessioni del logo appositamente creato per il riconoscimento di qualità del luogo accessibile.

Per ogni quesito, e relativa raccomandazione, possono essere individuati più outcome di interesse; nella valutazione critica dei dati si devono considerare tutti gli outcome ritenuti critici.

In definitiva, il quesito viene formulato nel seguente modo:

- | |
|---|
| <ul style="list-style-type: none">- nelle persone con (menzionare le specifiche caratteristiche di disabilità, condizioni, esigenze, ecc.) specifiche esigenze- il luogo accessibile deve avere per legge (descrivere l'intervento oggetto del quesito)- l'offerta di miglioramento (descrivere le opzioni alternative all'intervento considerato)- gli outcome di beneficio e di danno (elencare gli outcome ritenuti essenziali per la decisione)" |
|---|

Esempio:

- Location: hotel
- Popolazione: persone con Disabilità sensoriale (vista, udito)

- Soluzione prevista: sito internet
- Esiti principali: Miglioramento della comunicazione
- Setting: creazione e gestione del sito internet
- Outcome: Incremento dei fruitori del sito e numero di turisti con disabilità sensoriali

4.6.2 Individuazione e classificazione degli outcome

Una volta definiti i PICO è stato necessario identificare gli outcome, cioè gli esiti, per ogni quesito cui si intende rispondere (di efficacia, efficienza, appropriatezza, sicurezza e qualità percepita da fruitore di servizi); questi dovrebbero essere importanti per le persone e rilevanti per la creazione/gestione pratica degli ambienti.

Il primo step di questo processo, che coinvolge tutti i GTS, è consistito nello stilare una lista di tutti gli outcome considerati rilevanti per ciascun quesito. Poi, questi stabiliscono l'importanza relativa di ciascun esito incluso nella lista, classificandoli in termini di importanza:

- outcome importanti ed essenziali (anche indicati come “critici”);
- outcome importanti ma non essenziali;
- outcome non importanti.

4.6.3 Ricerca e valutazione delle evidenze

La ricerca delle evidenze è stato un processo esplicito, sistematico e trasparente che può essere applicato sia agli studi quantitativi sia a quelli qualitativi. L'obiettivo principale della ricerca è stato quello di fornire una sintesi delle migliori evidenze disponibili su cui basare la produzione di raccomandazioni.

La ricerca delle evidenze si è articolata nelle seguenti fasi:

- definizione della strategia di ricerca per gli outcome importanti e critici (parole chiave, criteri di inclusione e di esclusione, limiti e filtri della ricerca, banche dati da consultare);
- interrogazione delle principali banche dati ed estrazione di titoli e abstract degli studi;
- selezione degli studi in base alla pertinenza di titoli e abstract e recupero dei full text;
- valutazione con strumenti standardizzati della qualità (reporting e conduct) e del rischio di bias degli studi selezionati.

I membri del GTS hanno avuto a disposizione le migliori evidenze pubblicate nella letteratura scientifica, tra cui una o più revisioni sistematiche (RS) e LG aggiornate e di buona qualità metodologica.

4.6.4 Sintesi delle evidenze

Le evidenze di efficacia, efficienza, appropriatezza e sicurezza degli interventi devono solitamente essere riassunte in tabelle sinottiche o “evidence profile” che riportano la qualità delle prove e la sintesi degli effetti con l’indicazione della loro entità.

Da tale grado di fiducia nelle prove è derivata la conseguente fiducia che l’applicazione della raccomandazione possa produrre gli effetti attesi. Infatti, la qualità delle prove è stata considerata separatamente costruendo tabelle per ciascun outcome classificato come “critico” o “importante”.

4.6.5 Stesura della raccomandazione

Sulla base dei giudizi espressi sui suddetti criteri, il GTS ha tratto spunto dalle conclusioni sulla forza e sulla direzione delle raccomandazioni¹.

Il metodo GRADE utilizzato dall’ISS prevede di esprimere la forza delle raccomandazioni individuando quattro categorie mutuamente esclusive: “forte” e “debole” o “condizionata” a favore (positiva) o contro (negativa) l’uso di uno specifico intervento. La forza della raccomandazione riflette la misura in cui si ritiene che, nella popolazione target del quesito clinico, i benefici derivanti dall’adozione della raccomandazione superino gli effetti indesiderabili (o viceversa per raccomandazioni negative).

Quando si decide per una raccomandazione “forte”, si deve essere certi dei fattori che influenzano la forza della raccomandazione. Quando esiste incertezza sul rapporto beneficio/danno, o quando le informazioni rilevanti che influenzano la forza della raccomandazione non sono disponibili o non sono chiare, si dovrebbe optare per una raccomandazione “condizionata”.

Le raccomandazioni “condizionate” sono quelle per cui gli effetti benefici probabilmente prevalgono sugli effetti dannosi (o viceversa per le raccomandazioni negative) ma c’è ancora rilevante incertezza. Una raccomandazione

¹ Cfr: <https://www.iss.it/-/snlg-strumenti-per-i-produttori#:~:text=Il%20metodo%20GRADE%20%5Blink%5D%3A,esplicito%20dei%20diversi%20fattori%20che%2C>

“forte” dovrebbe essere riservata a situazioni nelle quali si è molto convinti che la maggioranza dei soggetti che ricevono l’intervento oggetto della raccomandazione ottengono un beneficio.

Una raccomandazione “condizionata” può implicare che si debba valutare attentamente in quali condizioni o a quali pazienti proporre il trattamento, essendo ancora almeno in parte incerto il bilancio beneficio/danno. In presenza di una raccomandazione debole, si devono cioè considerare attentamente le condizioni specifiche della persona e del contesto ambientale, così come le preferenze e i valori individuali.

Al termine del processo descritto, si è arrivati alla formulazione di raccomandazioni “forti” e “condizionate” (a favore o contro), per le quali si è concordato di usare espressioni standard quali:

- *Si raccomanda di utilizzare* (raccomandazione “a favore forte”)
- *Si suggerisce di utilizzare* (raccomandazione “a favore condizionata”)
- *Si suggerisce di non utilizzare* (raccomandazione “contro condizionata”)
- *Si raccomanda di non utilizzare* (raccomandazione “contro forte”).

4.6.6 Consultazione con gli stakeholder

Il CTS ha posto quanto prodotto ai referenti dei partner di progetto che hanno discusso, suggerito e modificato le LG.

Successivamente si è passato alla consultazione con gli stakeholder. Questi sono stati parte integranti del processo di sviluppo di una LG e i loro commenti sono fondamentali per i processi di quality-assurance e di peer-review.

La bozza della LG è stata condivisa online per la consultazione con gli stakeholder. Rispondendo a un questionario sulla piattaforma, per ciascuna raccomandazione, gli stakeholder hanno avuto modo di esprimere la loro opinione su diversi fattori, tra cui:

- la chiarezza della raccomandazione rispetto a ciascun elemento del PICO;
- la possibilità di documentare e misurare l’adesione alla raccomandazione;
- la concordanza rispetto al grading della forza della raccomandazione;
- la concordanza rispetto al rating della qualità delle prove;
- il valore informativo delle osservazioni aggiuntive rispetto all’implementazione della raccomandazione.

Il questionario ha previsto anche una domanda aperta, facoltativa, in cui tutti gli stakeholder hanno potuto aggiungere i propri commenti alla raccomandazione. Dopo la consultazione, il GTS ha confrontato, analizzato e discusso i commenti ricevuti dagli stakeholder, proponendo le necessarie modifiche e formulazione finale delle raccomandazioni.

Il GTS ha valutato tutti i contributi ricevuti dagli stakeholder.

4.6.7 Versione definitiva, pubblicazione e diffusione.

Il Coordinatore di progetto, dopo il parere positivo dei membri del GTS, ha approvato la versione finale delle LG.

Per la valutazione delle LG ai fini della pubblicazione, il Coordinatore di progetto ha rivisto il report con le modifiche suggerite dagli stakeholders contattati.

4.7 Organizzazione delle raccomandazioni

Le Linee Guida, per loro definizione, sono nient'altro che delle raccomandazioni elaborate mediante un processo di revisione sistematica della letteratura e delle opinioni degli esperti, con lo scopo di indirizzare gli addetti interessati al tema. Il fine ultimo è quello di definire metodi, strumenti e tecniche che consentono di rendere accessibili i luoghi deputati all'accoglienza turistica in Basilicata.

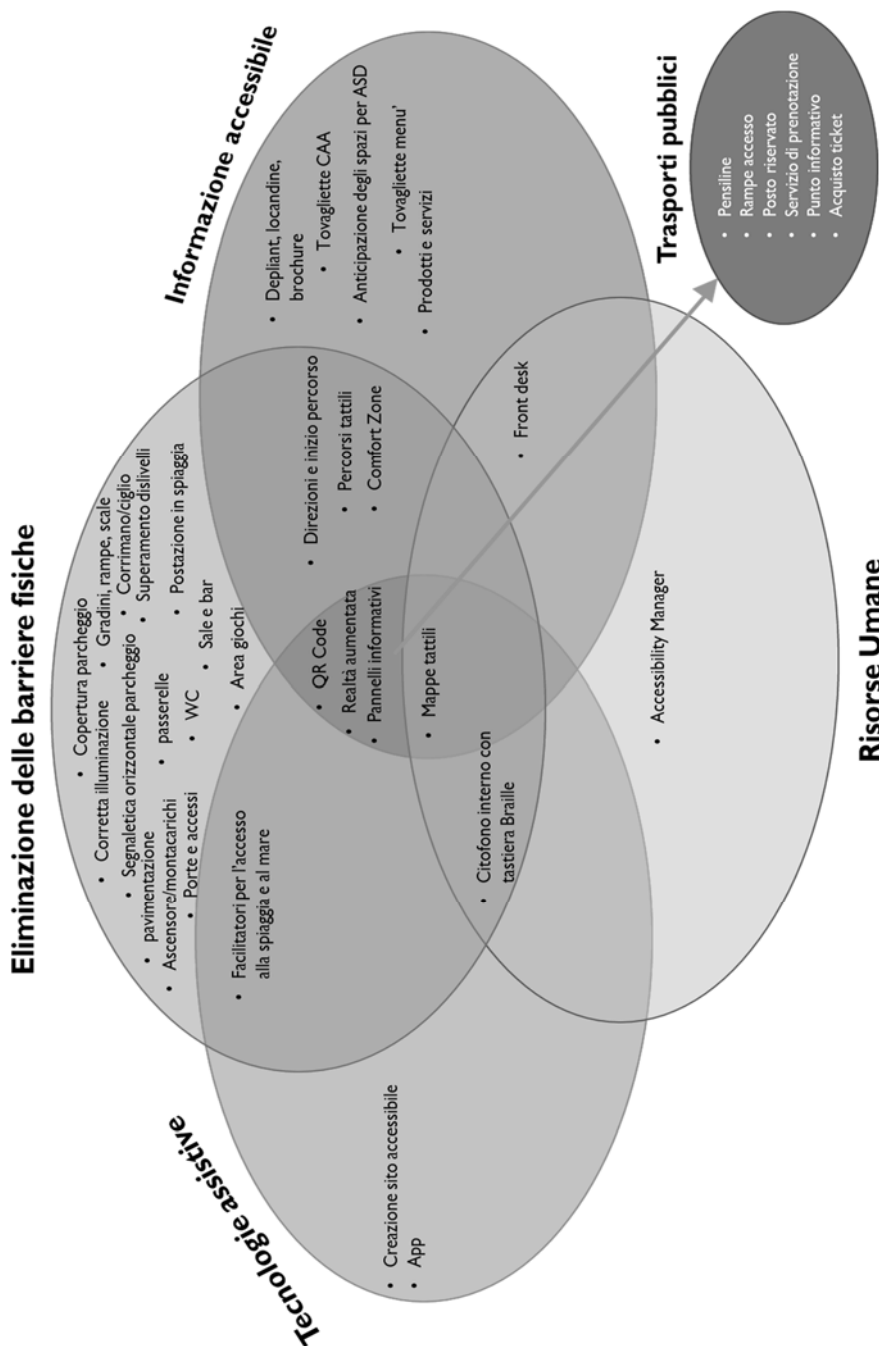
Nei primi incontri operativi, ognuno dei membri del Gruppo Tecnico Scientifico ha esposto scoping e linea guida. Sin da allora, è stato posto in evidenza come alcune delle tematiche sono di interesse di ambiti professionali differenti, a dimostrazione che il tema in questione è multidimensionale e multidisciplinare.

Proprio per questo è stato opportuno dapprima suddividere le misure individuate in quattro categorie differenti:

- eliminazione delle barriere fisiche;
- Informazione e comunicazione accessibili;
- Competenze delle risorse umane;
- Tecnologie assistive.

Delineando l'interconnessione tra le quattro categorie, si è giunti ad accomunare ognuna delle linee guida tra le diverse parti, giungendo alla seguente conclusione, sintetizzata nel grafico sottostante. Per ciò che riguarda i trasporti pubblici, questi sono stati rappresentati in modo distinto proprio perché accomunano tutte e quattro le categorie espresse.

Fig. 5 – Ripartizione delle raccomandazioni per area di interesse



4.7.1 Linee guida volte all'eliminazione delle barriere fisiche

Le barriere architettoniche si identificano con ogni forma di ostacolo che limita la completa mobilità di una persona con una difficoltà motoria sia essa ridotta o completa, temporanea o permanente.

La presenza di ostacoli fisici può impedire, a quanti hanno difficoltà motorie o sensoriali, di svolgere attività e ricoprire ruoli sociali normalmente propri: in ambienti domestici come a scuola; nei luoghi di lavoro come nella fruizione di servizi pubblici; in luoghi di culto come in strutture ricettive; in siti di interesse culturale come in ambienti naturali; e così via.

Il concetto di barriera nella sua vastità di espressione, comprende anche l'impossibilità di utilizzare attrezzature, componenti e persino risorse umane che rendono fruibili gli stessi ambienti.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001 ha pubblicato l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) [Op.Cit.], traendo origine dal modello bio-psico-sociale della disabilità ove le barriere sono intese come i fattori nell'ambiente di una persona che, mediante la loro assenza o presenza, limitano il funzionamento e creano disabilità. Essi includono aspetti come un ambiente fisico inaccessibile, la mancanza di tecnologia d'assistenza rilevante e gli atteggiamenti negativi delle persone verso la disabilità, e anche servizi, sistemi e politiche inesistenti o che ostacolano il coinvolgimento delle persone con una condizione di salute in tutte le aree di vita.

Il contrario delle barriere è l'insieme dei fattori ambientali di una persona, sono dei fattori che, mediante la loro assenza o presenza, migliorano il funzionamento e riducono la disabilità. Essi includono aspetti come un ambiente fisico accessibile, la disponibilità di una rilevante tecnologia d'assistenza o di ausili e gli atteggiamenti positivi delle persone verso la disabilità e includono anche servizi, sistemi e politiche che sono rivolti a incrementare il coinvolgimento di tutte le persone con una condizione di salute in tutte le aree di vita. L'assenza di un fattore può anche essere facilitante, come ad esempio l'assenza di stigmatizzazione o di atteggiamenti negativi. I facilitatori possono evitare che una menomazione o una limitazione dell'attività divengano una restrizione della partecipazione sociale, dato che migliorano la performance di un'azione, nonostante il problema di capacità della persona.

La disabilità, nell'ICF, è un termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della (alla) partecipazione. Essi indicano gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali).

Di fatto, per disabilità si intende la discrepanza esistente tra le capacità della persona (intrinseche alla struttura e al funzionamento corporeo) e le performance definitive come costruito necessario per descrivere ciò che l'individuo fa nel suo ambiente attuale/reale. Il livello di performance è di fatto condizionato dalla presenza/assenza di facilitatori così come di barriere [Di Santo, 2013, op.cit.]

Al contempo, la Convenzione ONU sui Diritti delle persone con disabilità si spinge oltre facendo riferimento ad un concetto ancor più completo di barriera poiché intende ogni ostacolo, di qualsiasi natura, che impedisce la realizzazione dei diritti umani².

4.7.2 Linee guida relative alle tecnologie assistive.

Nell'ambito delle tecnologie informatiche, quelle assistive rappresentano l'insieme delle tecnologie, appositamente e opportunamente realizzate, al fine di rendere accessibili e fruibili ogni prodotto informatico (inteso sia come hardware sia come software) da una qualsiasi persona. È evidente che l'adeguatezza del prodotto è teso a soddisfare la necessità di fruizione da parte di persone con specifiche limitazione. Si tratta di hardware e software ideati, progettati, costruiti e diffusi per persone con disabilità motorie, sensoriali e cognitive. Sono un esempio: sistemi di ingrandimento dello schermo; tastiere in Braille; sistemi di riconoscimento ottico dei caratteri (OCR); sintetizzatori vocali; tastiere adattate; dispositivi di puntamento alternativi al mouse; tasti on/off.

In senso lato, i fruitori delle tecnologie assistive sono le persone con disabilità. Ma di fatto, tali strumenti sono utilizzabili anche da coloro che presentano degli impedimenti temporanei oppure da persone, comunemente intese come "normali", "tipiche" o "normodotate" che trovano con tali tecnologie un ulteriore vantaggio. Sono un esempio: testi convertiti in audio; traduttori simultanei di testi e prodotti audio/video (si pensi ai sottotitoli da una lingua straniera); specifiche tastiere o mouse; display monocromatici; ecc.

Così come in altre situazioni, contesti e uso di prodotti e servizi, le tecnologie assistive rappresentano meglio il concetto di accessibilità poiché abbattano ogni forma di differenziazione tramutando la possibilità di accesso in inclusione sociale della persona nel suo contesto di vita.

Un esempio fra tutti è il sistema di dettatura che sono certamente impiegati da persone con difficoltà dell'uso delle mani o degli arti superiori ma

² CFR: https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2016/07/c_01_convenzione_onu_ita.pdf

sono largamente utilizzate anche da persone che presentano: scarsa dimestichezza con l'uso della tastiera; necessità di scrivere rapidamente e correttamente; produrre un testo in contemporanea ad altre azioni.

Ma quando si parla di tecnologie assistive, si intende anche l'importanza di accedere a informazioni ritenibili basilari per il compimento di una qualunque attività. Basti pensare all'introduzione di siti internet accessibili per avere informazioni su servizi, strutture e altro genere di notizia e annuncio relativi ad un particolare interesse. Un esempio calzante può essere l'uso di siti riguardanti: l'ospitalità alberghiera; promozione territoriale; consultazione di servizi turistici; informazioni di pubblica utilità; ecc.

Con l'acronimo WCAG si comprendono una grande varietà di raccomandazioni per consentire una maggiore accessibilità ai contenuti web. Seguendo queste linee guida si renderanno accessibili i contenuti ad un più ampio numero di persone con disabilità, tra le quali cecità e ipovisione, sordità e perdita dell'udito, limitazioni motorie, disabilità del linguaggio, fotosensibilità nonché combinazioni di queste, e si migliorerà in parte l'accessibilità anche per chi ha disturbi dell'apprendimento e/o limitazioni cognitive. Le linee guida non potranno comunque ritenersi esaustive per tutte le esigenze degli utenti con tali disabilità. Le WCAG 2.1 sono linee guida per l'accessibilità dei contenuti Web applicabili a dispositivi desktop, laptop, tablet e mobili. Seguirle aiuterà a rendere i contenuti Web più fruibili dagli utenti in generale.

I criteri di successo per le WCAG 2.1 consistono in istruzioni testabili che non dipendono dalla tecnologia utilizzata. In documenti distinti vengono fornite le indicazioni riguardo il soddisfacimento dei criteri di successo per specifiche tecnologie, e informazioni generali sull'interpretazione dei criteri stessi. Per leggere un'introduzione alle specifiche e reperire link a materiale tecnico e formativo sulle linee guida WCAG consultate il documento panoramica delle linee guida per l'accessibilità dei contenuti Web (WCAG).

Le WCAG 2.1 ampliano le linee guida per l'accessibilità dei contenuti Web 2.0 [WCAG20], pubblicate come W3C Recommendation nel dicembre 2008. I contenuti che risultano conformi alle WCAG 2.1 lo sono anche rispetto alle WCAG 2.0. Il gruppo di lavoro si propone che le WCAG 2.1 forniscano un mezzo alternativo di conformità per le policy che richiedono la conformità rispetto alle WCAG 2.0. La pubblicazione delle WCAG 2.1 non inficia né sostituisce le WCAG 2.0. Le WCAG 2.0 restano una W3C Recommendation: il W3C consiglia l'uso delle WCAG 2.1 per massimizzare la futura applicabilità degli sforzi verso una maggiore accessibilità. Il W3C

favorisce anche l'uso della versione più recente delle WCAG nello sviluppo o aggiornamento dei vincoli di accessibilità Web³.

4.7.3 Informazione e comunicazione accessibile

Se la comunicazione è un tema assai complesso, con differenti modelli, modalità e strumenti, quando si tratta di accostarla alla disabilità diventa sconfinato per via della sua eterogeneità, diversificazione, trasversalità e dimensionalità. Proprio per questo, la comunicazione cosiddetta accessibile appartiene a campi disciplinari assai distanti tra loro: dall'informatica alla pedagogia speciale; dalla psicologia alla medicina; dall'ingegneria alla sociologia; e così via. Una tematica che accomuna professionisti differenti che apportano interesse, condividono esperienze, propongono strategie risolutive, progettano nuovi strumenti sia hardware sia software, creano servizi e favoriscono l'innovazione.

Il capitolo 3 della componente Attività e Partecipazione dell'ICF è dedicato interamente alla comunicazione, ove sono racchiuse le caratteristiche generali e specifiche di questa abilità attraverso il linguaggio e l'uso di segni, simboli, gesti finalizzati a portare avanti una conversazione e usare strumenti e tecniche di comunicazione.

Oltre a definire la comunicazione verbale intesa come l'abilità più frequente e comunemente riconosciuta ove si impiega l'uso della voce (che consente di parlare, vocalizzare, cantare, conversare e discutere oralmente), la comunicazione è data da messaggi non verbali (come i gesti del corpo, i simboli comuni, disegni, fotografie). Questa è intesa, alla pari della comunicazione orale, sia in produzione sia in ricezione. Farei un riferimento anche al linguaggio facilitato per la lettura e la comprensione, conosciuto anche come easy-to-read, easy-read o EtR. Si tratta di una modalità di scrittura semplificata per scrivere testi facili rivolti a persone con disabilità intellettive, oltre che ad altre categorie con difficoltà di lettura.

Alla comunicazione di tipo gestuale, l'uso degli strumenti e delle tecniche di comunicazione sono l'altra faccia della stessa medaglia. Si pensi all'uso comune di telefoni, smartphone, PC e tutti i device attualmente in commercio, fino ad arrivare ai prodotti più specifici come le macchine da scrivere in Braille e gli altri prodotti menzionati nel paragrafo relativo alle tecnologie assistive.

³ Cfr: <https://www.w3.org>

L'assunto "comunicazione accessibile" rappresenta l'incontro tra la persona e un determinato luogo/struttura/servizio. La persona da un lato ha necessità (e in senso lato, il diritto) di sapere ed essere informato; dall'altro quello di presentare sé stesso e dunque dei suoi specifici bisogni. La comunicazione rappresenta così non solo il punto di incontro tra domanda/offerta (cliente/produttore di servizi) ma anche tra cittadino (inteso come portatore di diritti) e organismo ospitante in grado di soddisfare richieste.

Per queste ragioni, la comunicazione è basilare per garantire l'accessibilità. Per questo deve essere curata in ogni suo aspetto in modo da essere:

- Accogliente, perché da opportunità di ricevere la persona;
- Inclusiva, perché si rivolge a tutti senza specifiche distinzioni;
- Attenta; perché in grado di soffermarsi su ogni specifico bisogno e adottare ogni misura, prassi e strumento volto a soddisfarlo.

4.7.4 Competenze delle risorse umane

Il termine Risorse Umane (in inglese Human Resources) indica sì l'insieme delle persone che a vario titolo prestano la propria attività presso un'azienda, ma è anche da intendersi come l'insieme di competenze e professionalità apportate dai membri dello staff al processo produttivo.

Nel caso in questione, le risorse umane devono essere in grado di:

- Comunicare attraverso sistemi e metodi adeguati per ogni tipologia di bisogno;
- Rilevare i bisogni espressi dalle persone;
- Essere in grado di individuare le soluzioni più adeguate ed opportune per ogni tipologia di bisogno al fine di soddisfarlo;
- Organizzare e gestire spazi accessibili;
- Offrire servizi accessibili;
- Favorire ambienti inclusivi, privi di ogni forma di barriera.

*III. Accessibilità
e valore socio-economico*

5. Turismo accessibile e sviluppo locale

5.1 Inserimento, integrazione e inclusione

L'intero volume ha posto l'accento su due fenomeni strettamente correlati tra loro: accessibilità e disabilità.

Il primo intende l'opportunità delle tutte le persone di usufruire, beneficiare e ricorrere a beni e servizi a prescindere dai loro bisogni. Il secondo fenomeno (la disabilità) è l'emblema del concetto di bisogno perché esprime le peculiarità psico-fisiche e/o sensoriali di un individuo in relazione al suo ambiente di vita (naturale e culturale). Se dunque il concetto di accessibilità focalizza l'attenzione su una dimensione macro-meso sociologica (perché ha come target la massa degli individui portatori di bisogni), la disabilità riguarda la persona, dunque aspetti micro-sociologici.

In questo capitolo, si tende di rispondere ad un interrogativo assai ricorrente, soprattutto negli ultimi anni: quali sono i benefici economici dell'accessibilità?

Per rispondere a questo interrogativo è indispensabile porre altri quesiti:

- Quanto un interesse etico può portare utilità in termini aziendali?
- Quanto la persona con disabilità è ancora relegata nel ruolo di paziente?
- Quali sono i vantaggi di una società inclusiva?

5.1.1 Inserimento, integrazione, inclusione, accessibilità: l'esempio della scuola

Nel linguaggio quotidiano, quando si tratta di disabilità (ma anche di povertà e altre forme di marginalità sociale) si tende con una certa frequenza

ad utilizzare termini che sono strettamente connessi tra loro ma con delle differenze sostanziali, dunque non proprio sinonimi ma concetti correlati.

Il contesto in cui è più facile marcare le differenze è la scuola. Negli ultimi cinquant'anni circa, si è assistito al passaggio da un inserimento in classe di alunni con handicap alla più matura inclusione dell'alunno con disabilità in un contesto classe che è l'espressione di tante tipologie di bisogni.

Gli anni '70 hanno segnato un'epoca importante per l'acquisizione di diritti e "rivoluzionato" l'intero paese. Si pensi ad esempio allo statuto dei diritti dei lavoratori (L.300/70), il divorzio (L.898/1970), l'istituzione degli asili nido pubblici (L.1044/1970), il nuovo diritto di famiglia (L.161/1975), istituzione dei consultori (L.405/1975), la prima riforma sanitaria (L.833/78), la chiusura dei manicomi, cosiddetta "legge Basaglia" (L.180/1978).

Tra queste vi sono anche la L. n. 118/1971 e la L. n.517/1977.

La novità introdotta dalla L.118 del 1971 è l'intenzione del legislatore di segnare definitivamente la fine della separazione scolastica tra alunni considerati normali ed alunni definiti handicappati (come abbiamo visto nei capitoli precedenti, handicap è il termine utilizzato prima della pubblicazione dell'ICF nel 2001), dando così l'avvio ad un graduale processo di inserimento dalle classi "speciali" riservati agli alunni con disabilità alle classi fino ad allora riservate agli alunni considerati "normali". L'art. 28 recita

L'istruzione dell'obbligo degli alunni in situazioni di handicap deve avvenire nelle classi normali della scuola pubblica, salvo i casi in cui i soggetti siano affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere difficoltoso l'apprendimento o l'inserimento nelle predette classi normali.

Per la legge n. 118 del 1971 il diritto della persona con disabilità all'istruzione dell'obbligo deve, dunque avvenire nelle classi normali della scuola pubblica anche se con esclusione dei soggetti affetti da gravi deficienze intellettive o da menomazioni fisiche di tale gravità da impedire o rendere molto difficoltoso l'inserimento nelle classi normali.

La stessa legge prevede un trasporto gratuito, l'accesso agli edifici scolastici mediante il superamento delle barriere architettoniche e l'assistenza durante gli orari scolastici degli alunni più gravi.

Fatta la legge, fu difficile ri-organizzare un sistema scolastico in grado di accogliere e dunque inserire il gran numero di alunni con handicap nelle classi definite "comuni". L'aula, diventa più delle volte un luogo dedicato all'assistenza comportando un isolamento e la mancata integrazione con il gruppo dei pari.

Se la legge n. 118 del 1971 ha il merito di introdurre il concetto di *inserimento*, la L. 517 del 1977, traccia un ri-ordine della scuola definendo il concetto di integrazione scolastica degli alunni con disabilità, da attuarsi mediante la presa in carico del progetto di integrazione da parte di tutto il consiglio di classe e attraverso l'introduzione dell'insegnante specializzato per le attività di sostegno.

È però la legge quadro 104/92 ad essere un riferimento legislativo per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate. La legge quadro è ancora un punto di riferimento nel panorama italiano nonostante siano trascorsi oltre trent'anni. Se pur con una terminologia superata, la legge quadro è l'espressione di diritti a favore delle persone con disabilità (che nel testo sono definite persone handicappate). Il legislatore di fatto anticipa quanto sarà presente nella classificazione ICF poiché considera la persona con disabilità al centro di una gamma di servizi e prestazioni per il riconoscimento di benefit socioeconomici. Pertanto, il contesto classe rappresenta l'occasione per materializzare il concetto di integrazione, di sostegno e tutela di diritti.

La L. 104/92 è articolata per i seguenti scopi:

- garantire il rispetto della dignità umana della persona con disabilità e della sua famiglia;
- consentire l'autonomia e la libertà di movimento di chi abbia una condizione di disabilità;
- promuovere l'integrazione piena della persona, a livello sociale, nella famiglia, nel lavoro e nella scuola;
- rimuovere, e anche prevenire, tutte le condizioni che possono impedire lo sviluppo della persona e il raggiungimento per essa di un buon grado di autonomia;
- consentire anche il recupero funzionale e di tipo sociale di chi abbia un handicap a diversi livelli;
- tutelare a livello giuridico la persona con disabilità;
- eliminare le barriere architettoniche che rendono impossibile la libera circolazione della persona disabile.

Il primo passo verso l'inclusione scolastica in Italia è avvenuto con l'inizio del nuovo millennio con le *Linee Guida per l'integrazione scolastica degli alunni con Disabilità* (del 2009). Qui sono raccolte una serie di direttive che hanno avuto lo scopo, nel rispetto dell'autonomia scolastica e della legislazione allora vigente, di migliorare il processo di integrazione degli alunni con disabilità. Nel testo è ricorrente il termine inclusione con l'implicito scopo di superare il concetto di integrazione a favore di un concetto assai più complesso. Un

concetto, quello di inclusione, che è una sfida di civiltà perché riguarda diritti, valori etici e per abbattere stereotipi, pregiudizi e falsi miti.

L'anno successivo, è stata la volta della L. 170/2010 che ha avuto il fine di riconoscere i Disturbi Specifici di Apprendimento.

La svolta si è avuta con il Decreto Legislativo 13 aprile 2017, n. 66 "Norme per la promozione dell'inclusione scolastica degli studenti con disabilità" che a sua volta è succeduta alla L.107/2015 (detto della "Buona Scuola") in cui nel processo di ridefinizione della scuola si è aperta la strada dal concetto di inclusione e di Bisogno Educativo Speciale.

Ma l'inclusione è un concetto presente nel Dlgs 66/2017 che introduce il Piano dell'inclusione ovvero lo strumento che definisce le modalità di utilizzo delle risorse, inclusi il superamento delle barriere e l'individuazione dei facilitatori.

Il passaggio dall'integrazione all'inclusione è sostanziale. Nel concetto di integrazione, gli alunni con disabilità sono la minoranza di quegli alunni con bisogni speciali a cui si rivolge l'insegnante per scopi educativi e didattici. L'inclusione invece pone l'accento sull'adattamento dell'ambiente educativo per accogliere e soddisfare le tante esigenze e bisogni espressi da tutti gli alunni, non solo alunni con disabilità ma anche da coloro che possono essere definiti normali (o tipici). Ed è proprio il concetto di inclusione che è in grado di annichilire la dicotomia normalità/a-normalità (vedi il Paradosso di Gulliver, citato nei capitoli precedenti). Chi è l'alunno normale dinanzi alle tante espressioni di bisogno? A questa domanda la scuola deve rispondere con un piano di inclusione per tutti gli alunni. Il target degli interventi non è l'alunno con disabilità, ma la stessa classe ove è presente l'alunno con disabilità.

In quest'ottica, l'inclusione apre le porte all'universalismo dei bisogni e dunque, dei diritti. Ma il pregio della legge del 2017 è quello di aver individuato indicatori per valutare il livello di inclusione di una scuola e introdotto l'ICF come linguaggio universale e strumento operativo di un modello antropologico basato sull'approccio bio-psico-sociale.

Il d.lgs 96/2019 è uno strumento correttivo della L.66/2017 che in sostanza pone le basi per un rinnovato strumento operativo: il Piano Educativo Individualizzato basato proprio dal modello ICF. Elemento innovativo del "nuovo" PEI è la corresponsabilità di quanto redatto dal Gruppo di lavoro Operativo (GLO) che supera il precedente Gruppo di Lavoro per l'handicap (GLH). Oltre al genitore e altri professionisti e operatori che vivono e agiscono sul minore, anche lo stesso studente (di scuola secondaria superiore) ove ci sono le condizioni è partecipe alla pianificazione delle attività. Una partecipazione che rafforza il concetto stesso di inclusione.

Qualche mese prima della pandemia da Covid-19, il legislatore propone il D. Lgs n.96/2019: *Disposizioni integrative e correttive al decreto legislativo 13 aprile 2017, n. 66*. Successivamente si sono avute le Disposizioni correttive al decreto interministeriale 29 dicembre 2020, n. 182 e poi ancora le Disposizioni correttive al D.I. n. 182/2020 recante: “Adozione del modello nazionale di piano educativo individualizzato e delle correlate linee guida”, nonché modalità di assegnazione delle misure di sostegno agli alunni con disabilità. Passaggi che hanno migliorato l’uso del PEI e dei processi di inclusione nella scuola pubblica.

Il futuro, una volta implementato un sistema degno di essere riconosciuto come inclusivo, dovrà porci la sfida dell’accessibilità in cui ogni persona è espressione di bisogno e che questi dovranno essere soddisfatti in base alle risorse disponibili.

Inclusione e accessibilità sono complementari.

5.2 Disabilità ed economia circolare

Il riferimento è, a livello internazionale, alla Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità che, a seguito della sua ratificata in Italia con la legge n. 18/2009, ha modificato l’approccio al tema in Italia e, segnando il passaggio sul piano teorico da un modello assistenzialistico e medico, fondato sulla convinzione che le persone con disabilità siano malate e bisognose solo di protezione sociale e di cure sanitarie, ad un modello bio-psico-sociale, basato sul rispetto dei diritti umani. È opportuno anche rilevare che dopo la promulgazione della legge n. 18/2009 è stato istituito, presso il Ministero del lavoro e delle politiche sociali, l’Osservatorio nazionale sulla condizione delle persone con disabilità che, ad oggi, rappresenta il punto più avanzato di riflessioni sul tema [OIL, 2022, p. 22].

Difatti, l’attuale assetto normativo del collocamento lavorativo dei lavoratori con disabilità è il risultato dell’attuazione di una serie di disposizioni costituzionali. Più specificamente, l’articolo 38 della Costituzione che, al primo comma, sancisce per ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere il diritto al mantenimento e all’assistenza sociale; mentre al terzo comma riconosce a tutti i soggetti inabili e minorati il diritto all’educazione e all’avviamento professionale. Il principio dell’uguaglianza sostanziale – per cui tutti i cittadini sono eguali davanti alla legge, e ciò anche in presenza di quella “condizione personale e sociale rappresentata dalla disabilità” e il diritto al lavoro, sanciti rispettivamente dall’articolo 3 e

dall'articolo 4 della Costituzione. A tali diritti si “contrappone” la libertà di iniziativa economica privata tutelata dall'articolo 41 della Costituzione.

In ambito europeo invece il riferimento è alla direttiva 78/2000/CE, sulla scia della quale è stato inserito in Italia l'obbligo per i datori di lavoro di garantire alle persone portatrici di disabilità una sistemazione ragionevole attraverso l'adozione di misure adeguate, che non impongano però un onere sproporzionato al datore di lavoro, i cosiddetti accomodamenti ragionevoli.

Ad oggi, tuttavia, il tema dell'inserimento lavorativo di persone con disabilità continua ad essere uno dei nervi più scoperti delle politiche occupazionali italiane, tenuto altresì conto del fatto che si tratta di una materia di non facile normazione, fondata sul delicato bilanciamento di valori ed interessi sanciti da norme sovranazionali e dalla Carta costituzionale.

Nel tempo, numerosi interventi normativi hanno progressivamente disciplinato diritti per le persone con disabilità, da quello allo studio, e quindi all'inclusione nella scuola per tutti (come è stato detto nel paragrafo precedente), a quello all'inserimento lavorativo. [ibidem: p. 23].

Con l'entrata in vigore della legge n. 68/1999 e del relativo Regolamento di esecuzione (decreto del Presidente della Repubblica n. 333/2000), è stato modificato l'approccio adottato per affrontare l'accesso all'occupazione e all'integrazione sociale per questa categoria di lavoratori.

Le nuove disposizioni hanno segnato il passaggio, anche in termini ideologici, da “assunzione obbligatoria” a “collocamento mirato” per le persone con disabilità nell'occupazione più idonea, valutando la loro capacità di lavorare, le loro competenze e potenzialità. La persona giusta al posto giusto è, in estrema sintesi, la ratio della normativa che ha introdotto il collocamento mirato delle persone portatrici di forme di disabilità, come avviene in altri Paesi europei. Per questa via si offre all'impresa un lavoratore con modalità adatte a valorizzare le sue competenze e le sue capacità professionali, salvaguardando, al contempo, l'interesse imprenditoriale ad avvalersi di lavoratori in grado di fornire realmente un contributo professionale all'interno della struttura produttiva.

Le aziende, nonostante alcuni interessanti casi di successo, da chi ha inserito apposite figure di affiancamento non hanno mostrato una grande responsabilità sul tema e, in molti casi, hanno preferito utilizzare l'esonero parziale piuttosto che sperimentare le opportunità offerte dalla L.68/1999. Molte aziende preferiscono pagare cifre comunque rilevanti (la normativa prevede il pagamento di una sanzione amministrativa pari a € 153,20 per ogni giorno lavorativo e per ogni lavoratore disabile non assunto. La sanzione per la mancata presentazione del prospetto informativo è pari a € 635,11 più la maggiorazione di € 30,76 per ogni giorno di ritardo [IRS 2019, p. 22].

Il maggiore ostacolo alla possibilità di assumere persone con disabilità è certamente lo stereotipo che aleggia attorno al lavoro con una qualche bisogno specifico.

Il comportamento pregiudiziale è dato dal l'idea di fondo che la persona con disabilità sia espressione di bisogni che ostacolano il processo produttivo (sia esso di beni e/o servizi), dovuto principalmente alla patologia di riferimento. Disabilità, in questo caso, è la conseguenza di una condizione patologica che impedisce la persona di svolgere un ruolo normalmente proprio, ma al contempo è una limitazione per l'azienda che deve impegnare risorse differenti non per soddisfare la mission aziendale bensì per soddisfare i bisogni di un individuo. La logica insita in questo ragionamento, richiama in qualche modo lo spirito con cui l'OMS redisse la Classificazione Internazionale della Menomazione, della Disabilità e dell'Handicap (ICIDH del 1980). Una logica strettamente utilitaristica in cui l'azienda per produrre necessita delle migliori risorse, in cui l'handicap rappresenta la discrepanza tra il ruolo normalmente atteso e le condizioni di disabilità che lo impediscono [Di Santo R., Magoni G., 2020b, p. 19].

In tal caso, la persona con disabilità è considerata un “portatore di handicap” e la sua condizione è strettamente legata ad una diagnosi. Lo stigma si concretizza nel momento in cui nel contesto lavorativo, la persona viene privata della sua identità e diventa un “portatore di bisogni”. Non è un caso, che il datore di lavoro necessita di confrontarsi con istituzioni sanitarie piuttosto che con la persona interessata o suoi caregivers.

Dinanzi ad una crisi economico-finanziaria, gli inserimenti lavorativi di persone con disagio psicofisico possono risultare degli ostacoli per l'intero sistema produttivo per cui è poco probabile ragionare su strategie per l'accompagnamento e accessibilità.

Come ampiamente specificato nel paragrafo precedente, se si “libera” la persona da ogni etichetta nosografica e se si considera le proprie capacità piuttosto che delle incapacità, l'azienda vede nella persona da assumere la risorsa umana su cui contare e soprattutto, consentendo di lavorare per “sfruttare” le qualità professionali. Un cambio di paradigma dunque che vede principalmente il “lavoratore” anziché che la “persona disabile”.

Dinanzi a delle esigenze specifiche della persona, è necessario però che vi sia un personale di supporto in grado di facilitare l'inclusione lavorativa. Il job coach (oppure un disability manager, diversity manager o facilitatore dei processi di inclusione) ha il dovere di creare in azienda il necessario setting lavorativo, l'interfaccia tra datore/colleghi/lavoratore con disabilità.

Tab. 2 – Differenze tra i due paradigma dell’inserimento lavorativo

	Paradigma del sick role	Paradigma della risorsa umana
<i>L'imprenditore</i>	È colui che ha come interesse il profitto e la qualità della produzione	È colui che ha come interesse il benessere socioeconomico dell'azienda e di coloro che producono
<i>L'impresa</i>	È il luogo deputato alla produzione di beni e servizi, secondo la logica dell'utilità	È il luogo deputato alla produzione di beni e servizi, nel rispetto di tutti i lavoratori
<i>Il lavoratore</i>	È colui che deve produrre rispetto alla mission aziendale	È colui che deve produrre rispetto alla mission e nel rispetto della vision aziendale
<i>Il lavoratore con disabilità</i>	È una persona con una malattia	È un lavoratore come gli altri, se si considerano le sue capacità e non le sue incapacità
<i>La malattia</i>	È la menomazione psicofisica di una persona. Per l'azienda, un ostacolo per la produzione	È una condizione che può vivere un qualunque lavoratore, spesso causata da una patologia riconosciuta.
<i>Il disabile</i>	È un ostacolo per la produzione	Una persona con proprie potenzialità da esprimere sul luogo di lavoro
<i>La persona disabile assunta</i>	Apporta meno competenza per impreparazione e scarsa esperienza	Va adeguatamente formata per poter svolgere pienamente il proprio ruolo in azienda
<i>Rapporto azienda/persona disabile</i>	Non è deputata all'accoglienza per persone con disabilità	Non è deputata a escludere cittadini con propri diritti e doveri
<i>La normativa vigente</i>	Non garantisce vantaggi per l'azienda	Riconosce i diritti/doveri di lavoratori con specifiche condizioni psicofisiche
<i>Gli sgravi fiscali</i>	Sono a favore del lavoratore e non dell'impresa	Sono un mero facilitatore per l'inserimento lavorativo
<i>Il job coach</i>	È una figura in più all'interno dell'azienda	È una figura fondamentale per inserire alcune tipologie di lavoratori

Con la giusta formazione della persona da inserire, le aziende valutano l'inserimento lavorativo come un'opportunità di sviluppo e di recupero delle competenze sociali e relazioni delle persone con disagio psicofisico.

Nel caso, il datore di lavori adotti il paradigma della persona come risorsa umana e non come *sick role* di Talcott Parsons [1968], è evidente che nel caso di assunzione non vi è una necessaria commiserazione il sofferente; né tantomeno, è mosso da una logica di freddo utilitarismo, di sfruttatore delle situazioni altrui. Semplicemente, si considera il lavoratore come persona, a

prescindere dalle sue peculiarità psicofisiche. Un rispetto verso un cittadino con i propri diritti e i propri doveri.

Dinanzi a quello che fu definito “paradigma della risorsa umana” è che si innesta il tema dell’inclusione lavorativa e sociale delle persone con disabilità. Ed è in questo contesto che l’accessibilità assume un ruolo determinante.

Il lavoratore ha necessità di un ambiente di lavoro accessibile. L’accessibilità in un contesto lavorativo (ma anche scolastico) diventa l’occasione per rendere accessibili i servizi del territorio poiché la persona ha bisogno di spostarsi (accessibilità della mobilità pubblica e degli spazi pubblici), accessibilità dei servizi pubblici e privati (enti locali, istituti bancari, uffici postali, agenzie dell’erario, camere del commercio, ecc.). Di conseguenza il lavoratore (sia esso con disabilità o senza) è un consumatore grazie al suo salario percepito. Ed è così che il ruolo di consumatore prevede anche quello di turista (consumatore di beni e servizi per un periodo breve).

Un recente volume [Almici A., Arengi A, Camodeca R.; 2019, pp. 7-11] mostra come l’accessibilità può costituire un valore, in alcuni casi anche con contenuti economici, mostrando sistemi di misurazione del valore economico dell’accessibilità. Il corpus del volume mette in risalto come il capitale umano sia in grado di generare flussi di decisioni, azioni, progetti finalizzati ad accrescere il benessere umano, sociale ed economico. Partendo dal presupposto che il capitale umano, come tutti i capitali, produce maggiori flussi se è utilizzato nel modo corretto, l’opera pone l’attenzione per quella parte di capitale che in gran parte viene sprecato o non utilizzato a seguito di preconcetti che hanno dominato la cultura dell’economia industriale.

Un’economia e una società organizzate sul principio della standardizzazione, limitano la produzione e lo sviluppo economico proprio perché escludono una fetta della stessa popolazione: le persone con disabilità. Trattare il tema dell’accessibilità delle persone con disabilità significa elaborare analisi e formulare indirizzi su come mettere in circolo energie che in passato erano sotto-utilizzate. Significa porsi nella prospettiva di far leva su ciò che esiste in ogni persona, piuttosto che su ciò che manca.

L’accessibilità (in chiave economicistica) significa per gli stessi autori, aumentare la potenzialità di sviluppo delle aziende private che operano sul mercato e le potenzialità delle aziende/amministrazioni pubbliche di erogare più elevati livelli quantitativi e qualitativi di servizi.

Nella logica di libero mercato, il valore economico inevitabilmente ha una ricaduta da un punto di vista sociale poiché offre lavoro, guadagno e possibilità di assicurare un circuito virtuoso di investimenti e spesa economica. Un modello economico che è in grado di arginare forme di degrado, isolamento, emarginazione ed esclusione.

Un esempio è la persona con disabilità. Se questa è in grado di lavorare e le si offre una opportunità di lavoro in base alle proprie esigenze, il reddito è la sicurezza di poter spendere. In questo caso, rientra la vacanza (intesa quest'ultima come nelle definizioni poste in apertura del volume).

Certamente l'obiettivo di generare valore economico tramite la produzione di beni e servizi utili per soddisfare bisogni è importante perché accresce la ricchezza della società, ma è ancora più importante il modo con cui il valore aggiunto s'intende come prodotto distribuito. Le teorie basate su una concezione antropologica del lavoro non come semplice mezzo per ottenere remunerazione, ma come contributo che ogni persona può dare al progresso della società, includono l'accessibilità e la generazione di opportunità delle persone con disabilità come elemento essenziale della funzione di generazione-distribuzione del valore. In tal caso, offrire lavoro alla persona con disabilità accresce il numero di consumatori e dunque di turisti ma con condizioni psico-fisiche differenti rispetto a quanto viene definito dagli standard normativi culturalmente creati.

Fig. 6 – Circuito virtuoso che genera l'inclusione lavorativa delle persone con disabilità



Una dimostrazione è data dallo scenario posto dal *Mind the Accessibility Gap: Rethinking Accessible Tourism in Europe*¹. In estrema sintesi si pone in evidenza come in Europa vi sono circa 127 milioni di persone con bisogni speciali, di cui l'8% vivono in Italia. Se si aggiunge un semplice fattore moltiplicatore pari al due volte la persona con specifici bisogni (il numero dei potenziali clienti si estenderebbe anche a parenti, amici e compagni di viaggio), ogni anno si può registrare un potenziale incremento del 20% del fatturato annuale (PIL nazionale/fatturato aziendale) relativo al turismo e all'intero indotto.

Il circuito virtuoso che si va a creare è schematizzato dalla fig. 6.

In modo semplicistico, quanto appena detto richiama il concetto assai caro alle discipline economiche: la circolarità.

Un esempio di economia circolare così intesa è stato fornito dagli autori di *Il valore dell'accessibilità*. Nel volume si fa questo esempio che riporto:

la disponibilità di tempo dei famigliari che si dedicano all'assistenza delle persone con disabilità, con conseguente possibilità, talora, di svolgere un proprio lavoro e produrre un reddito tassabile e aumentare, conseguentemente, la produttività complessiva; l'incremento del reddito imponibile – e quindi dei correlati tributi – per effetto dell'occupazione delle persone con difficoltà ad accedere autonomamente ai luoghi e al mercato del lavoro; l'aumento dei versamenti dei contributi sociali e previdenziali in ipotesi di attività lavorativa da parte degli individui con disabilità; la riduzione dei costi sanitari (per degenze ospedaliere, farmaci, riabilitazione, ecc.) ed assistenziali sostenuto dallo Stato in favore di tali categorie di individui, la cui occupazione professionale può assumere valenza terapeutica; la riduzione dei costi sostenuti per l'erogazione dei sussidi o pensioni in considerazione delle condizioni particolari di definite categorie di persone; l'aumento della domanda di beni e servizi, per effetto dell'incremento dei redditi da lavoro, con conseguente creazione di un circolo virtuoso a favore della crescita e dello sviluppo

I benefici sopra individuati – sia in ambito privato che pubblico – evidenziano come l'adozione di politiche occupazionali di tipo inclusivo – necessariamente basate sull'apprezzamento dei contributi di ciascun individuo – siano suscettibili di sviluppare circuiti virtuosi di economia circolare. In altri termini, l'accessibilità del mercato del lavoro consente la partecipazione – sul piano sociale ed istituzionale – alla vita della comunità di tutti gli individui, facendo leva sulle loro capacità e migliorando la qualità della vita. Al contempo, l'impiego di persone con disabilità può contribuire al miglioramento dell'erogazione dei servizi – in specie di quelli pubblici – e alla riduzione dei costi sociali, con evidenti ricadute sulla comunità di riferimento.

¹ Cfr <https://projectforall.net/quanto-vale-il-turismo-accessibile-i-numeri-del-mercato/> (ultimo accesso 27/07/2024)

In tal senso, si sviluppa una relazione circolare secondo la sequenza seguente: il sistema di aziende pubbliche e private offre opportunità di lavoro nel rispetto dei principi di equità ed inclusione a favore di tutti gli individui; le persone traggono beneficio della possibilità di realizzarsi e sentirsi utili con effetti positivi in termini di motivazione, autostima e di rendimento; i processi produttivi e di erogazione dei servizi migliorano con conseguenti ritorni al sistema di partenza delle aziende pubbliche e private [Almici A., Arengi A, Camodeca R.; 2019, pp. 136-137].

In altri termini, ciò che è indispensabile per avere una società inclusiva e dunque un sistema di strutture e servizi accessibili è quello di annullare il mismatch di domanda e offerta di lavoro. Ma per fare ciò è necessario scardinare stereotipi e pregiudizi pendenti sulle persone con disabilità e persino di coloro che li assistono [Di Santo, R, 2013].

Intanto, è necessario capire cosa si intende per mismatch.

Nelle discipline socioeconomiche con il termine *mismatch* si indica il mancato incontro, il non allineamento, tra la domanda e l'offerta di lavoro [Di Santo R., Magoni G., 2020b]. In base alle cause che hanno determinato la situazione di squilibrio nel mercato del lavoro, si possono individuare tre tipologie di mismatch:

- *mismatch territoriale*, causato da diversi ritmi di crescita e sviluppo delle aree di uno stesso Paese;
- *mismatch settoriale*, causato da differenze di remunerazione, produttività e tecnologia nei diversi settori che compongono l'apparato produttivo del Paese;
- *mismatch di qualifica*, causato da un'offerta di lavoro non in linea con le esigenze del mercato e da una domanda inevasa a causa delle qualifiche professionali richieste.

Vi è una quarta tipologia di mismatching che è data dalla discrepanza tra domanda e offerta di lavoro per ciò che riguarda la disabilità. Ciò è il prodotto di diversi fattori summenzionati: dai deficit formativi alle problematiche legate alla mobilità geografica; dalla marcata debolezza delle reti informali per la ricerca di lavoro, alle modalità di vera e propria discriminazione in sede di selezione del personale. [Checcucci, p. 2006]. Una persona con disabilità ha una maggiore difficoltà nell'accesso all'istruzione, alla formazione professionale, a proporsi nel mercato del lavoro per titoli non acquisiti, difficoltà agli spostamenti (soprattutto su medio-vasta scala) e vivere provati dell'assistenza (soprattutto se fornita da familiari).

Ma in controtendenza rispetto al passato, oggi il divario si è assottigliato in quanto la richiesta di lavoro da parte di persone con disabilità è visibilmente cresciuta. Ciò è dato da una maggiore istruzione,

consapevolezza dei propri limiti ma anche potenzialità da offrire in un contesto lavorativo. Inoltre si riscontra un miglioramento della qualità della vita dovuto a una maggiore autonomia personale e sociale, a fattori protettivi più efficaci, uso di nuove tecnologie che facilitano e migliorano le performance dell'individuo. Ma anche maggiore sensibilità della comunità a temi come quello di autonomia, indipendenza e accessibilità.

Dunque, negli ultimi decenni ci stiamo discostando gradualmente dal paradigma della *personal tragedy*, [Di Santo, 2013] ossia la menomazione vissuta come una disgrazia personale la quale può essere arginata soltanto con interventi riabilitativi o socioeducativi che restringono la partecipazione sociale della persona. Un cambio di rotta che si è avuto anche grazie alle pressioni offerte dai movimenti internazionali, i quali hanno portato all'affermazione di un nuovo paradigma che interpreta la disabilità secondo un modello multidimensionale e multidisciplinare [Shakespeare T., 2017].

Se per l'azienda, tale processo di inclusione può essere difficoltoso perché priva di una esperienza reale e per evitare timori di "insuccesso" produttivo, può fare riferimento a quella nuova figura professionale che garantisce il collegamento tra lavoratore-azienda-territorio. Questa è da alcuni definita come *job coach* [Di Santo R. e Magoni, 2020b] da altri *disability manager* [[Almici et al. Op. cit.].

5.3 Tipologie di inserimento lavorativo

Vi sono due approcci differenti e contrapposti tra coloro che consentono l'inserimento lavorativo.

Un primo approccio la persona è intesa come colui che ha una *patologia* e pertanto l'inserimento lavorativo è inteso come un percorso riabilitativo. In tal caso la persona assume il ruolo di "paziente" piuttosto che di "potenziale lavoratore". In tal caso, l'attività lavorativa avviene all'interno di un setting di lavoro più simile ad un'attività laboratoriale per interventi psicoeducativi. Sono un esempio i cosiddetti *laboratori protetti*.

Oltre ai laboratori protetti, vi sono inserimenti lavorativi in contesti aziendali (pubblici o privati) in cui alla persona con disabilità sono riservati ambienti, strumenti e atteggiamenti definibili come "facilitanti", un modo rispettoso verso la persona con le proprie importanti limitazioni.

Un secondo approccio, invece, sveste la persona dal ruolo di paziente e focalizza l'attenzione sulle capacità che essa stessa può svolgere in un contesto lavorativo. In tal caso, si tratta di una tipica "risorsa umana" (o lavoratore) su cui l'azienda può contare per la sua mission imprenditoriale. In tal

caso, non interesse cosa non è in grado di fare la persona ma cosa è in grado di produrre. Così facendo, il lavoratore, il datore di lavoro e i colleghi vivono un rapporto simbiotico fatto di diritti e di doveri. [Di Santo, op. cit. 2020b].

Rispettando un continuum dettato dalla gravità della disabilità, questi due atteggiamenti definiscono i confini nella popolazione di occupati (o occupabili) che vivono una condizione psico-fisica-sensoriale tale da essere annoverata nella categoria “lavoratore con disabilità”.

È scontato che maggiore è la gravità, più la possibilità di lavoro è esigua se non impossibile. In tal caso, i diritti della persona vertono maggiormente per un’assistenza sociosanitaria adeguata alle esigenze. Poi vi sono quelle condizioni un po’ meno restringenti che inquadrano la persona disabile secondo una gravità definibile “moderata” in cui è opportuno un inserimento in “laboratori protetti” piuttosto che in aziende di produzione di beni e servizi (siano esse pubbliche o private).

In entrambe queste situazioni, in cui la disabilità è grave o moderata, il ruolo che riveste la persona è quello di paziente piuttosto che di lavoratore. Nella tradizione sociologica, Parsons conia il termine *sick role* [Parsons, 1968] per definire la persona con una qualche patologia non in grado di ricoprire un ruolo normalmente proprio. Una condizione di svantaggio ma soprattutto considerata come devianza. A tal proposito, sono necessari interventi tanto per soddisfare i bisogni psicofisici dell’individuo tanto per disporre di un controllo sociale. In questo caso il laboratorio protetto si avvicina maggiormente ad un percorso riabilitativo che di inserimento lavorativo vero e proprio.

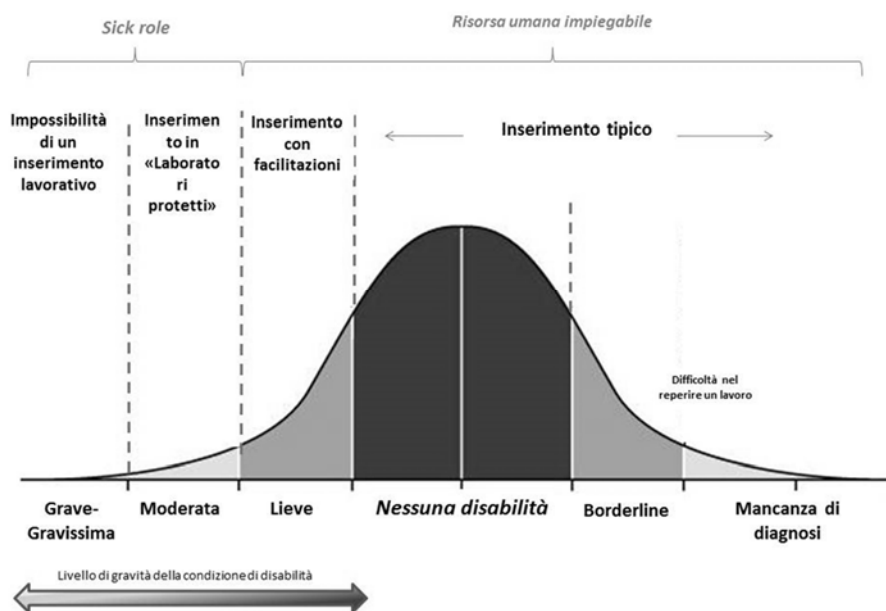
Nei casi di disabilità meno severa, l’inserimento in laboratori protetti potrebbe risultare non del tutto efficace. In primis perché le attività da svolgere prevedere un impegno modesto (o addirittura scarso) in base alle reali capacità della persona, tali da generare un senso di delusione, umiliazione o addirittura frustrazione. Un livello di disabilità lieve, dunque, consente un maggiore successo nel reperire e svolgere un reale impiego in un qualunque contesto aziendale, in virtù di norme che tutelano i diritti della persona.

Nel grafico sottostante, la frequenza maggiore indica chiaramente le persone cosiddette “tipiche” (o normodotati, o normali”) che seguono il normale iter per ricerca un lavoro.

In aggiunta, vi sono le persone con una situazione definibile borderline, in cui la condizione di disabilità, pur essendoci, è simile alla popolazione con condizioni definibili “normali”. In tal caso, nel mercato del lavoro, vi è una difficoltà di impiego perché la sana competizione nel reperire una occupazione avviene con quella fetta di popolazione (la maggioranza) definita “tipica”.

Nel cono d'ombra tra normalità e condizione di disabilità, vi è una quota di popolazione che non ha una diagnosi perché la propria condizione non ha seguito un percorso diagnostico tale da avere un inquadramento nosografico. Data la non definita e riconosciuta condizione, è difficile ottenere dei dati statistici in merito. In tal caso, la persona rientra regolarmente nella fetta di popolazione considerata "normale" per la ricerca di un posto di lavoro. Ma anche in questo caso, la difficoltà di reperire un impiego è difficile, soprattutto se vi sono difficoltà nell'eseguire mansioni, compiti o gestire responsabilità.

Fig. 7 – Rappresentazione delle condizioni vissute e tipologia di inserimento lavorativo (tratto da Di Santo R. e Magoni G., 2020b)



5.4 L'azienda: tra inserimento lavorativo, mercato e fruizione di servizi

Finora si è ragionato sull'importanza di includere il lavoratore con disabilità in azienda e come la stessa inclusione generi a sua volta un circuito economico virtuoso poiché il lavoratore diventa a sua volta consumatore di beni e servizi in quanto percettore di un salario. Ma soprattutto, il lavoratore

con disabilità diventa una persona in grado di essere attiva e partecipe nel suo contesto di vita, annullando di fatto quel principio che regola la dicotomia normalità e disabilità.

Nel momento in cui la persona diventa attiva e partecipe nel suo contesto di vita (consumatore nella visione economicistica, cittadino in termini giuridici e persona in grado di ricoprire più ruoli sociali in termini sociologici) che entra in gioco il concetto di accessibilità, così come ampiamente discusso in questo volume.

In particolare, in merito ai beni e ai servizi prodotti, l'accessibilità si manifesta nella possibilità di fruizione – in modo autonomo e libero – degli stessi da parte del maggior numero possibile di persone. Più precisamente, l'impresa orientata alla promozione dell'accessibilità, dovrebbe sviluppare una filosofia di progettazione fondata sull'osservazione delle caratteristiche ed abilità di ciascuno e sulla conseguente realizzazione di beni e servizi rivolti alla collettività in genere, indipendentemente dalle specifiche caratteristiche dei suoi componenti. In tal senso, si è affermato lo *Universal Design* con lo scopo di realizzare prodotti/servizi e luoghi usufruibili da tutti, inclusi coloro che sperimentano condizioni di difficoltà (ad esempio, le persone con disabilità) nell'utilizzo/fruizione del prodotto/servizio offerto.

Attraverso una progettazione consapevole ispirata ai principi di piena accessibilità ed inclusività, tale da consentire la fruizione di beni e servizi a soggetti diversi fra loro, per capacità motorie, percettive, cognitive e culturali, le imprese sono chiamate a riflettere oltre che sulle implicazioni sociali dei propri investimenti anche sui possibili vantaggi di tipo economico potenzialmente riferibili all'adozione della filosofia dello *Universal Design*. [Almici A. et al, 2019] In tal senso, la questione del valore economico dell'accessibilità dei beni e dei servizi si pone, in particolare, con riguardo all'impresa che opera – diversamente dalla pubblica amministrazione – in un contesto regolato dalle logiche e dalle variabili di mercato (in primis, il prezzo).

In effetti, il finalismo d'impresa assume connotazioni prevalentemente economiche; di qui, l'esigenza di indagare l'eventuale valore economico riferibile alle scelte di numerose imprese che hanno deciso di investire a sostegno dell'accessibilità attraverso la progettazione di beni e servizi ad ampio ed agevole utilizzo. In effetti, la decisione di fondare la strategia aziendale sull'apprezzamento delle esigenze di tutti e sulla correlata valorizzazione della diversità umana (di carattere culturale, demografico o di abilità), configura un fattore a supporto della crescita aziendale nel medio-lungo termine. In particolare, i principali vantaggi per l'impresa che decide di migliorare le condizioni di accessibilità dei propri beni e servizi sono riferibili a tre

principali ambiti: tecnologico e dell'innovazione, competitivo e reputazionale [ibidem].

Per Almici e colleghi [2019] innovazione, competizione e reputazione (quest'ultima comunemente definiamo vision) sono tra loro interdipendenti e sviluppano un circuito virtuoso che si autoalimenta secondo un percorso circolare, muovendo dall'innovazione tecnologica verso lo sfruttamento commerciale del prodotto/servizio, sino alla realizzazione di effetti benefici a livello reputazionale, con conseguente acquisizione di consensi e di risorse da destinare – riavviando il circuito – all'innovazione e allo sviluppo della tecnologia. È evidente, come tale circuito sia suscettibile di creare valore economico, nella misura in cui favorisce il generale contenimento dei rischi aziendali posto che agevola: la capacità di rinnovare i prodotti e i servizi offerti nel rispetto delle esigenze di tutti i possibili destinatari; la dominanza dell'arena competitiva; la crescita del business; la realizzazione di margini economici significativi; la creazione di stabili e proficue relazioni con tutti gli stakeholder e la conseguente acquisizione delle risorse necessarie allo svolgimento delle attività aziendali; l'affermazione di un'immagine positiva tra i pubblici di riferimento e il miglioramento della reputazione aziendale; il rafforzamento del valore del brand; l'affermazione di uno specifico ed esclusivo know-how.

In merito alla relazione tra accessibilità e creazione di valore, un interessante lavoro da consultare è del *Return on disability Group* [2016] ove si evidenzia come le imprese maggiormente attente al tema dell'accessibilità – sebbene con specifico riferimento alla popolazione disabile – registrano – rispetto ai concorrenti – migliori performance in termini di valore di borsa nel medio-lungo periodo.

Nel momento in cui l'azienda intende investire in tecnologia e innovazione per ampliare la fruibilità della propria offerta (di beni e servizi) è logico che l'allargamento intende quella fetta di popolazione precedentemente non considerata per via di caratteristiche (di consumatore ovviamente) differenti rispetto al cliente tipico.

L'ampliamento della clientela genera inevitabilmente un miglioramento della qualità della vita delle persone perché possono rivestire quei ruoli normalmente propri. Realizzare una vacanza è il nostro esempio tipico (dato il tema del volume) ma vi è anche: la possibilità di recarsi in un ufficio pubblico per richiedere un certificato; incontrarsi con degli amici per bere un aperitivo o mangiare una pizza; recarsi con un mezzo pubblico in un museo e visitarlo; recarsi in montagna o al mare e accedere ai servizi tipici del luogo.

Un approccio progettuale ispirato all'accessibilità e all'inclusione è, in effetti, caratterizzato da rilevanti potenzialità innovative alimentate dalla

necessità di soddisfare le esigenze di tutti indistintamente; di qui il forte stimolo a ricercare costantemente nuovi prodotti e a rinnovare le modalità di erogazione dei servizi al fine di migliorarne la fruibilità tra le differenti classi di utenti. Nell'ambito del processo innovativo, assume un ruolo cruciale il *design* ossia l'attività di progettazione, la cui rilevanza – nel processo di soddisfacimento dei mutevoli bisogni delle differenti fasce di utenza – ha trovato esplicito riconoscimento nell'espressione *design-driven innovation* la cui lateralità rimanda chiaramente al *design* come fonte di innovazione [ibidem, pp.147-148] In tal senso, l'affermazione di un orientamento progettuale nel rispetto dei canoni di universalità e di ampia fruibilità configura, pertanto, un fattore di concreta attuazione del processo innovativo e di conseguente rinnovamento e miglioramento delle linee di prodotto/servizio esistenti.

Lo sforzo di soddisfare le necessità di tutte le tipologie di individuo configura un'importante fonte di innovazione che può condurre alla realizzazione di prodotti contraddistinti da condizioni agevolanti il successo produttivo e commerciale degli stessi; a titolo di esempio, si evidenzia come i prodotti derivanti da processi innovativi, guidati da una progettualità ispirata a logiche di ampia considerazione delle esigenze dell'utenza, sono notoriamente caratterizzati da un ciclo di vita mediamente più lungo rispetto a quello di altri beni. In effetti, la progettazione secondo canoni di universalità agevola la realizzazione di prodotti che si possono fortemente distinguere da quelli indifferenziati della concorrenza, nonché la capitalizzazione di uno specifico ed esclusivo *know-how* suscettibile di creare innovazione incrementale e continui miglioramenti con conseguenti benefici di carattere economico. In tale ambito, è altresì annoverabile il vantaggio (in termini di contenimento dei costi) derivante da un approccio progettuale informato ai principi dello *Universal Design*; al riguardo, è di fatti più conveniente progettare considerando da subito le esigenze di tutti, anziché intervenire in una fase successiva (a prodotto ultimato) con aggiustamenti e riconversioni che si rivelano, di norma, più costosi e poco efficaci.

Accessibilità e innovazione (che a loro volta richiamano il concetto di universalità della fruibilità di beni e servizi) non possono essere concretizzate se, oltre all'analisi di mercato, non vi è un coinvolgimento diretto degli stakeholder che in questo caso sono i potenziali nuovi clienti. La co-partecipazione risulta fondamentale per: l'analisi dei bisogni; l'individuazione di nuovi prodotti e servizi; il ri-definire i prezzi e modalità di vendita; ridefinire la comunicazione aziendale; ri-definire il concetto di cliente/utente; ridurre i rischi aziendali; migliorare il processo di *decision making* aprendosi ad una interdisciplinarietà in grado di capire i fenomeni per poi offrire soluzioni alternative.

Considerando una curva di Gauss, la persona con disabilità secondo questa nuova visione va ad allargare la platea di persone che prima rappresentava il cliente o utente tipico (o normale). Ora l'azienda (pubblica o privata) allarga ad una fetta di popolazione che prima non era contemplata, riducendo di conseguenza la propria offerta, il proprio fatturato e il ritorno di immagine.

Il circuito virtuoso genera a sua volta una sana competizione tra aziende che di fatto hanno una ricaduta positiva sul consumatore (perché vede una maggiore offerta e possibilità di scelta) e sul territorio (perché vede crescere il proprio valore sul mercato acquisendo una maggiore capacità attrattiva).

Per Almici et al [2019, pp. 149-151] l'approccio alla progettazione per "il maggior numero di utenti possibile" (e quindi secondo i principi dell'Universal Design) si caratterizza per prodotti/servizi che:

- si rivolgono a classi di utenza trasversali, con tendenziale estensione a tutto il mercato;
- suscitano nell'utilizzatore finale una forte gratificazione/reazione emotiva a livello estetico;
- si distinguono per aspetti di marcata multisensorialità, con il compito di facilitarne la comprensione di utilizzo;
- presentano una maggiore idoneità al soddisfacimento delle esigenze dell'utenza, posto che sono progettati tenuto conto delle differenti abilità di tutti i potenziali fruitori;
- assumono carattere prevalentemente "relazionale²⁰⁰", in quanto diretti a soddisfare non solo bisogni materiali, bensì anche esigenze di partecipazione attiva alla vita sociale attraverso la creazione di genuine relazioni con altri.

Le sopra esposte caratteristiche configurano condizioni suscettibili di produrre evidenti vantaggi in ambito competitivo di carattere prevalentemente diretto e misurabile in termini monetari e precisamente [ibidem]:

- l'ampliamento del mercato di riferimento, posto che l'attenzione per le esigenze di tutti comporta, in genere, un significativo miglioramento del prodotto con conseguente accrescimento del relativo valore d'uso;
- il rafforzamento della dominanza competitiva posto che l'attenzione per tutte le classi di pubblico (in specie di quelle più deboli) denota un orientamento all'etica e al rispetto della persona che genera (di norma) un incremento della propensione all'acquisto da quella specifica impresa;
- una maggiore fidelizzazione della clientela, a seguito dell'orientamento a soddisfare le necessità di un ampio pubblico di utenti, sebbene contraddistinti da differenti abilità;

- la possibilità di realizzare migliori marginalità per effetto di un più agevole assorbimento dei costi fissi a fronte dei maggiori volumi di vendita, nonché per l'applicazione – in taluni casi – di un *premium price* tenuto conto che la domanda per tali beni è, in genere, rigida;
- la creazione di condizioni di differenziazione dalla concorrenza, attraverso l'offerta di prodotti/servizi di più agevole fruizione, nonché tali da migliorare il benessere e la qualità della vita.

5.5 La rilevanza economica dell'accessibilità

La domanda iniziale riguardante l'importanza di aprire il mercato e la fruibilità di servizi pubblici alle persone con disabilità trova risposta nei dati forniti dall'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OECD) che precisa come l'1,5% del PIL è mediamente destinato a supporto dei soggetti con disabilità, in termini di contributi assistenziali, piani di prepensionamento, ecc. L'Istat dal suo canto rileva come nel 2016 la spesa dei Comuni per servizi sociali ammontava a euro 7 miliardi e 56 milioni, pari allo 0,4% del PIL nazionale, con una crescita – rispetto al passato – delle risorse dedicate alle persone con disabilità (da 1.478 euro annui pro-capite nel 2003 si è passati a euro 2.854 nel 2016).

Questi dati aprono scenari differenti. In primis, come la spesa pubblica possa essere ridotta se la persona con disabilità fosse realmente inclusa nel suo tessuto sociale, in particolar modo se queste fossero inserite da un punto di vista lavorativo. Una spesa pubblica che vedrebbe una riduzione di sprechi poiché maggiore accessibilità intende progettazione degli ambienti e miglioramento della qualità dei servizi.

Il miglioramento dell'erogazione di servizi pubblici (come ad esempio scuola, trasporti, sanità, enti locali, ecc.) uniformati a principi dell'universalità e dunque dell'accessibilità va a migliorare di conseguenza l'opportunità per tutte le persone di condurre una vita autonoma e dignitosa. Ciò significa migliore qualità della vita che di fatti va ad incidere sia sulla produttività complessiva (perché si spende di più) ma anche perché si protende meno a uso di farmaci, riabilitazioni e assistenza sociosanitaria.

Secondo tale modello, i cittadini si trasformano da fruitori passivi a co-produttori, nel rispetto del convincimento che i destinatari di un servizio sono potenzialmente in grado di contribuire al miglioramento della qualità dello stesso, partecipando al processo di ideazione, progettazione, produzione, utilizzo e valutazione.

Tra i costi sociali della mancata accessibilità vi sono dunque: la riduzione dei consumi, in specie se relativi a beni e servizi non fondamentali (ad esempio, quelli di carattere ludico-ricreativo) la cui fruizione potrebbe richiedere spostamenti disagiati; l'innalzamento degli oneri assicurativi e legali a seguito di infortuni dovuti al mancato abbattimento delle barriere architettoniche o a luoghi difficilmente accessibili; l'incremento dei costi (diretti ed indiretti) derivanti dalla necessità di disporre di una persona dedicata ad accompagnare il soggetto con disabilità durante i propri spostamenti; la riduzione delle opportunità di impiego professionale, in specie, laddove sia richiesta la presenza fisica sul luogo di lavoro; il sacrificio a numerose occasioni di partecipazione alla vita sociale a "tutto tondo", quindi sul piano turistico, ricreativo in genere, culturale, ecc.; il contenimento di costi sanitari relativi alla somministrazione di farmaci, il cui consumo potrebbe essere ridotto a fronte di una maggiore attività fisica [Almici et al., 2019 pp.155-157]

In tal senso, l'accessibilità configura una condizione che consente – nel lungo periodo – perfino di ridurre la spesa pubblica, rendendo un individuo progressivamente autonomo e in grado di produrre un proprio reddito, anziché considerarlo esclusivamente come una persona da assistere da parte dello Stato.

Al contempo, i benefici dell'accessibilità sono riferibili, oltre che alla riduzione dei costi sociali, anche ad effetti positivi direttamente identificabili in maggiori ricavi/entrate per la pubblica amministrazione, per effetto di una maggiore partecipazione alla vita sociale (attività sportive, ludico-ricreative, ecc.) e dell'incremento della domanda di beni e servizi. Tali benefici sono, in genere, superiori ai relativi costi sostenuti ad esempio per: abbattere le barriere architettoniche; adattare gli spazi pubblici e gli ambienti di lavoro alle esigenze di tutti gli individui; assicurare la formazione e l'inserimento lavorativo delle persone con difficoltà di vario tipo; ecc. [ibidem].

6. Turismo e sviluppo della comunità locale

Nel capitolo precedente si è affrontato come vi è una circolarità virtuosa tra opportunità di lavoro, benessere economico personale, produttività aziendale e interesse collettivo. Una linearità in cui l'accessibilità è sinonimo di inclusione lavorativa e sociale ma anche di sviluppo locale. Una impostazione economicistica, basata sulla logica utilitaristica del mercato liberista. Ma, al contempo, ciò che può innescare lo stesso meccanismo di circolarità virtuosa è un welfare efficace (per la persona) ed efficiente (per l'economia, soprattutto locale). La ri-distribuzione della ricchezza, sicurezza sociale e garanzia dei diritti possono generare un valore che, alla pari del modello appena sintetizzato, dalla persona genera una crescita del tessuto socioeconomico di riferimento della persona.

6.1 Un welfare attento alle comunità

Ceduta l'impermeabilità degli Stati nazione, anche il Welfare State (inteso come l'insieme delle politiche pubbliche messe in atto per assicurare livelli minimi di benessere ai cittadini e offrire loro tutele negli ambiti della salute, del lavoro, dell'istruzione e della sicurezza sociale) ha dovuto rivedere il proprio modello originario e ricercare nuovi cambi di paradigma. Dunque, dinanzi a un "mondo" sempre più aperto si è posta l'attenzione sui bisogni specifici, peculiari e soprattutto localizzati in aree ben determinate: quartieri periferici delle grandi città, piccoli borghi, quartieri di aree industrializzate dismesse, comunità montane e isolate, ecc.

Non è un caso che il *welfare di comunità* ha avuto un certo interesse tra i modelli più recenti. Un successo dettato dal fatto che il welfare di comunità è stato inteso come l'insieme sinergico di soggetti pubblici e privati con

l'interesse comune di soddisfare i bisogni dei cittadini della medesima collettività.

Ma se il welfare di comunità ha avuto la difficoltà di espansione per via dell'eccessiva burocratizzazione del pubblico, l'ultima frontiera (o scommessa) di welfare è quella del *welfare di prossimità*, ove per "prossimità" si intende quel legame intimo basato sulla fiducia e sulla solidarietà tra i singoli individui ma soprattutto tra le istituzioni presenti sullo stesso territorio. Soggetti (intesi come persone, aziende, organizzazioni di volontariato, parrocchie) che condividono luoghi, esperienze, problematiche e difficoltà. È dinanzi a tali questioni che nasce l'esigenza di unire competenze, conoscenze, risorse per accrescere il "bene comune".

È evidente che il welfare di comunità e di prossimità siano tali perché rispondono alle esigenze di un territorio ben definito. Infatti, la sostenibilità dei progetti è strettamente correlata alle peculiarità geografiche, culturali, demografiche ed economiche in cui gli enti locali rappresentano l'epicentro di servizi, strutture e attività di volontariato [Di Santo R., 2022, p. 36-37]. La recente storia ci insegna che il welfare di comunità si introduce nel momento in cui entrano in campo i cittadini per supportare la *local governance*. Dunque accanto a risorse professionali (in prevalenza di realtà pubbliche) vi è l'introduzione di una forte componente (professionale e non), configurabile nel volontariato familiare e associativo. Con la sigla PPPNP (Privato-Pubblico-Privato No Profit) si definisce appunto la combinazione di tutte le forze (produttive e non) che operano su un territorio e che si impegnano sinergicamente, attraverso la formalizzazione di un partenariato, per ottenere obiettivi prefissati in specifici progetti. La progettazione è frutto di un'analisi dei bisogni della popolazione di riferimento, di una pianificazione di attività, adeguatamente monitorate, per raggiungere determinati obiettivi.

Il concetto di prossimità ha inteso convogliare tutte le risorse della comunità in grado di generare resilienza che, in un momento come quello segnato dal Covid-19, è stato in grado di fronteggiare una gamma più ampia di difficoltà che il pubblico non ha avuto modo di arginare. Non è un caso che negli anni caratterizzati dalla pandemia, i termini resilienza, comunità e prossimità hanno avuto un certo *appeal*.

Ma è proprio in un momento storico assai delicato come quello attuale, ove è necessario ripensare a nuove tipologie di produzione in grado di garantire reddito e ricchezza locale, che il concetto di accessibilità appare un barlume di speranza, per lo sviluppo locale, in particolar modo per quei luoghi in cui il settore turistico è trainante.

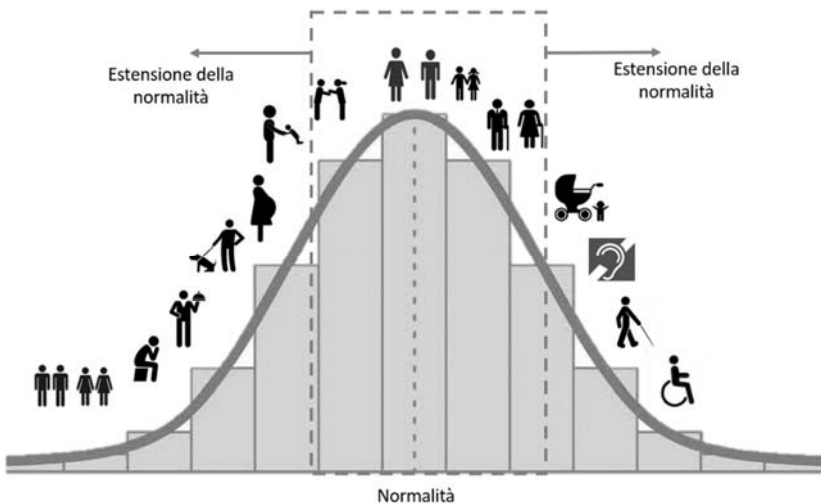
Dunque, da un lato vi sono i cittadini con disabilità che, in qualità di consumatori, richiedono servizi e strutture adeguate; da un lato vi possono essere

le comunità locali che possono proporre soluzioni turistiche accessibili. In altri termini, il valore aggiunto alle economie locali è in grado di generare turismo accessibile. Una ricchezza potenziale innescata da un circolo virtuoso ove la comunità (attenta all'accoglienza, alla sostenibilità e alla distribuzione delle risorse) offrirebbe maggiore qualità della vita per le persone del posto ma anche vantaggi per i visitatori/turisti, i quali vedrebbero soddisfatte le loro esigenze di consumatori.

6.2 Conclusioni: la sfida dell'accessibilità

In conclusione, una società inclusiva è tale quando è in grado di garantire equità di accesso e considerare l'intera gamma di bisogni senza distinzione tra ciò che è normale (osservazione statistica maggiormente frequente in una popolazione) e ciò che non è normale (osservazioni meno frequenti). L'immagine seguente rappresenta in modo grossolano le varietà di esigenze e come queste possono essere incluse ed escluse a seconda dei parametri pre-stabiliti. Dunque, come il concetto di normalità può includere o meno alcune peculiarità e bisogni di una parte della popolazione.

Fig. 7 – Rappresentazione grafica dei bisogni di un individuo all'interno di una curva della normalità



Una società che intende investire nell'accessibilità deve inevitabilmente acquisire l'idea che la normalità è un preconcetto che limita la possibilità ad alcuni di poter svolgere attività e di essere partecipi alla vita di comunità, a prescindere dalle peculiarità psico-fisiche e sociali dell'individuo.

Bibliografia e sitografia di riferimento

- Aa. Vv. (1985), *La Bibbia. Parola del Signore. Traduzione interconfessionale in lingua corrente*, LDCABU, Torino-Roma.
- Abberley P. (1987), *The concept of oppression and the development of a social theory of disability*, in *Disability*, «Handicap and Society», 2: 519.
- Adams R. (2001), *Sideshow U.S.A.: Freaks and the American cultural imagination*, University of Chicago Press, Chicago.
- Albrecht G.L., Seelman K.D., Bury M. (a cura di) (2001), *Handbook of disability studies*, Sage, Thousand Oaks, CA.
- Allport G.W. (1954), *The Nature of Prejudice*, Addison Wesley, Cambridge. (trad. it.: *La natura del pregiudizio*, La Nuova Italia, Firenze, 1976).
- Almici A., Arengi A., Camodeca R. (2019) *Il valore dell'accessibilità: una prospettiva economico*, FrancoAngeli, Milano.
- American Psychiatric Association (2013 trad. it), *DSM-5-TR. Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali*, Cortina, Milano.
- Ardigò A. (1997), *Società e Salute. Lineamenti di sociologia sanitaria*, FrancoAngeli, Milano.
- Bandura A. (1995), *Il senso di autoefficacia. Aspettative su di sé e azione*, Erickson, Trento.
- Bandura A. (2000), *Autoefficacia. Teoria e applicazioni*, Erickson, Trento.
- Barnartt S. (2001) *Using role theory to describe disability*, «Research in Social Science and Disability», n. 2 pp. 53-75.
- Barnes C., Mercer G., Shakespeare T. (1999), *Exploring disability. A sociological introduction*, Polity Press, Cambridge.
- Berger P.L., Luckmann T. (1966), *The socialconstruction of reality*, Doubleday & CO., N.Y. (trad. it.: *La realtà come costruzione sociale*, il Mulino, Bologna, 1969).
- Bertolazzi A. (2005), «I paradigmi sociologici della salute», in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della salute. Teoria*, FrancoAngeli, Milano.
- Bissolo G., Fazzi L. (a cura di) (2005), *Costruire l'integrazione sociosanitaria: attori, strumenti e metodi*, Carocci, Roma.
- Buccolo N. (1987) *Policoro un paese diverso*, Tipolitografia Policarpo, Castellaneta (TA).
- Bury M. (2005), *Sulla malattia cronica e la disabilità*, «Salute e Società», 4, 1: 147164.

- Cahney S. (2023) *Sono normale? Due secoli di ricerca ossessiva della norma*. Bol-
lati Boringhieri, Torino.
- Canevaro A., Ianes D. (2003), *Diversabilità: storie e dialoghi nell'anno europeo
delle persone disabili*, Erickson, Trento.
- Censis (2014) *La dimensione nascosta delle disabilità*, www.censis.it
- Cetorelli G., Guido R.M. (2017) *Il patrimonio culturale per tutti*, Themis, Roma.
- Checucci P. (2006) *Un match fortemente sbilanciato: politiche per la disabilità,
riforma del mercato del lavoro e nuove modalità di relazione fra gli attori*, In
«Osservatorio ISFOL», n. 27/2006. pp. 215-252.
- Ciccani P. (2008), *Pregiudizi e disabilità: individuazione di strategie educative per
l'elaborazione e il superamento del pregiudizio*, Armando, Roma.
- Corbin J., Strass A. (1985), *Managing chronic illness at home: three lines of work*,
«Qualitative Sociology», 8, 3: 224-247.
- Cordiale S., Montinari G. (a cura di) (2022), *Compagno adulto*, FrancoAngeli, Mi-
lano.
- Di Santo R. (2013) *Sociologia della disabilità: modelli, teorie, attori e istituzioni*,
FrancoAngeli, Milano
- Di Santo R., Minonni C. (2018), *Inserimento sociale e lavorativo di persone con
autismi*, Lem, Libreria, Sesto San Giovanni (MI)
- Di Santo R., Magoni G. (2020), *Autismo un fenomeno sociale*, LEM Libreria, Sesto
San Giovanni.
- Di Santo R., Magoni G. (2020b), *Kit per il job coach per l'inserimento lavorativo di
persone con autismo*, Stravedo, Napoli.
- Di Santo R., Bertolazzi A., Leo R. (2021) *L'esperienza del lockdown per le famiglie
con persone autistiche: una ricerca sociologica*, «Salute e Società» 2021/2
pp.107-122.
- Di Santo R. (a cura di) (2022), *Dalla comunità alla prossimità: le nuove sfide del
welfare*, Maggioli, Rimini.
- Di Santo R., Giarelli G., Mascagni G. (a cura di) (2024), *Come l'araba fenice? I
sociologi nel Servizio Sanitario Nazionale*, FrancoAngeli, Milano.
- Donati P. (a cura di) (1987), *Manuale di Sociologia Sanitaria*, NIS, Roma.
- Eurostat (2017) *E-commerce statistics for individuals*, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Eurostat (2024) *E-commerce statistics for individuals*, <https://ec.europa.eu/eurostat>
- Ferrucci F. (2004), *La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici tra
natura e cultura*, Rubbettino, Soveria Mannelli.
- Fiocco P.M., Mori L. (a cura di) (2005), *La disabilità tra costruzione dell'identità e
cittadinanza*, FrancoAngeli, Milano.
- Galimberti U. (2008), *Il corpo*, Feltrinelli, Milano.
- Gallino L. (2006), *Dizionario di Sociologia*, Vol. I, Istituto Geografico De Agostini,
Gruppo Editoriale L'Espresso, Novara-Roma.
- Genaro, R.M. (2012), *Turismo sessuale: prevenzione e repressione*, Cedam, Assago.
- Genova A. (2023), *Disabilità: tra barriere istituzionali e violenza simbolica*, il Mu-
lino, Bologna.
- Giarelli G. (1998), *Sistemi Sanitari. Per una teoria sociologica comparata*, Fran-
coAngeli, Milano.
- Giarelli G. (2003), *Il malessere della medicina: un confronto internazionale*, Fran-
coAngeli, Milano.

- Giarelli G. (2009), *Il Quadrilatero di Ardigò*, «Salute e Società», a. VII, n. 2: 217238.
- Giarelli G. (2013), in Di Santo R., Op. Cit.
- Giarelli G. (2014), *Le politiche per gli anziani basate sull'evidenza: la prospettiva del corso di vita*, «Sistema Salute», vol. 58, p. 40-50,
- Giarelli G., Venneri E. (2009), *Sociologia della Salute e della Medicina*, FrancoAngeli, Milano.
- Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the Management of Spoiled Identity*, Harmondsworth, Penguin (trad. it.: *Stigma. L'identità negata*, Giuffrè, Milano, 1983).
- Goffman E. (2006), *Il comportamento in pubblico*, Einaudi, Torino.
- Goffman E. (1983), *Stigma: Identità negate*, Giuffrè, Milano.
- Hobsbawm E. (2011), *Il secolo breve*, Rizzoli, Milano.
- Ianes D. (2004), *La diagnosi funzionale secondo l'ICF*, Erickson, Trento.
- Illich I. (1976), *Limits to medicine Medical Nemesis: the expropriation of health*, Marion Boyars Publishers Ltd, London (trad. it.: *Nemesi medica. L'espropriazione della salute*, Boroli, Milano, 2005).
- Intrieri R.C., Rapp S.R. (1994), *Selfcontrol skilfulness and caregiving burden among helpseeking elders*, «Journal of Gerontology», 49: 1923.
- IRS – Istituto per la Ricerca Sociale (2019), *Il collocamento mirato e le convenzioni ex-art.14- Evidenze e riflessioni*, «Quaderni dell'Osservatorio», n. 30/2019 p. 12.
- ISTAT (2009), *La disabilità in Italia: il quadro della statistica ufficiale*, <http://www.istat.it>
- Istat (2023) *Matrimoni, unioni civili, separazioni e divorzi - Anno 2022*, www.istat.it.
- King R. (1969), *La réforme agraire dans le sud-est de l'Italie*, «Reforme agraire. Colonisation et Cooperatives agricoles», n.2/1969.
- Leonardi M. (2005), “Salute, disabilità, ICF e politiche sociosanitarie”, in Ferrucci F. (a cura di), *Disabilità e politiche sociali*, «Sociologia e Politiche Sociali», 8, 3: 7395.
- Lonardi C. (2005), *Handicap*, «Salute e Società», a. IV, n.1: 185.
- Mannheim K., *Das Problem der Generationen*, «Kölner Vierteljahres Hefte für Soziologie», 1928, VII, pp. 157-185, 309-330 (tr. it.: *Il problema delle generazioni*, in «Sociologia della conoscenza», Bari 1974, pp. 323-371).
- Maturo A. (2005a), “NarrativeBased Medicine”, in Cipolla C. (a cura di), *Manuale di Sociologia della salute. Ricerca*, FrancoAngeli, Milano.
- Maturo A. (2005b), *Disabilità e dimensioni di malattia*, «Salute e Società», a. IV, n. 1: 165172.
- Maturo A. (2007), *Sociologia della malattia: Un'introduzione*, FrancoAngeli, Milano.
- Mills C.W. (1943), *The Professional Ideology of Social Pathologist*, «American Journal of Sociology», 49 (trad. it. *Il mito della patologia sociale*, Armando, Roma, 2001).
- Monaco S. (2019) *Sociologia del turismo accessibile: il diritto alla mobilità e alla libertà del viaggio*, PM, Varazze (SV)
- Montessori M. (1950), *Il segreto dell'infanzia*, Garzanti, Milano.
- Nussbauman M.C. (2014) *Creare capacità*, il Mulino, Bologna.

- OIL – Organizzazione Internazionale del Lavoro (2022) *L'inclusione lavorativa delle persone con disabilità in Italia*, Roma.
- OMS (1980), *International Classification of Impairment, Disability and Handicap*, Geneva.
- OMS (1995), *World Organization Quality of Life Assessment (WHOQOL): position paper from the World Health Organization*, «Social Science and Medicine», 41.
- OMS (2000), *Classificazione statistica internazionale delle malattie e dei problemi sanitari correlati*, Geneva (trad. it.: Ministero della Sanità (a cura di), Istituto Poligrafico e Zecca dello Stato, Roma).
- OMS (2001a), *Classificazione Internazionale delle Funzioni, Disabilità e Salute*, Erickson, Trento.
- OMS (2001b), *International classification of functioning, disability and health, Report by the Secretariat, Assembly 5418*, Geneva.
- OMS (2011), *World Report on Disability*, Geneva
- OMS (2011), *World Report on Disability 2011*, Geneva.
- ONU – United Nation (2006), *Convention on the Right of Persons with Disabilities*, United Nation, New York
- ONU – United Nation (1993) *Standard Rules on Equalisation of opportunities for Disabled Persons*, United Nation, New York
- Parsons T. (1968) *The Social System*, Tavistock, London (tr. it. *Il Sistema sociale*, Comunità, Milano, 1996).
- Rauty R. (a cura di) (2006), *Le contraddizioni del corpo: presenza e simbologia sociale*, «Salute e Società», a. V, n. 2: 919.
- Return on Disability Group (2016), *Annual Report: The Global Economics of Disability*, <https://www.rod-group.com/research-insights/> (ultimo accesso 24/07/2024).
- Saccheri T. (2000), *L'equivoco terapeutico: promozione della salute e negoziazione sociale*, FrancoAngeli, Milano.
- Selleri G. (1978), *Per una psicosociologia dell'handicap*, «Quaderni della riabilitazione», 4.
- Sen A. (2010) *La disegualianza. Un riesame critico*, il Mulino, Bologna
- Shakespeare T. (2017), *Disabilità e Società: Diritti, falsi miti, percezioni sociali*, Erickson, Trento.
- Soresi S. (1998), *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*, il Mulino, Bologna.
- Strauss W., Howe N. (1991) *Generations: The History of America's Future, 1584 to 2069*, William Morrow & Co, New York.
- Stroman D.F. (2003), *The disability rights movement: from deinstitutionalization to selfdetermination*, Lanham, University Press of America, New York.
- Tajfel H. (1981), *Human Groups and Social Categories: Studies in Social Psychology*, Cambridge University Press, Cambridge. (trad. it.: *Gruppi umani e categorie sociali*, il Mulino, Bologna, 1994).
- Terzani T. (2004), *Un altro giro di giostra*, Longanesi & C., Milano.
- Tessler R.C., Killian L.M., Gubman G.D. (1987), *Stages in the family response to mental illness: An ideal type*, «Psychosocial Rehabilitation Journal», 10: 316.
- Twaddle A. (1994), *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concept in the Theory of Health*, «Studies in Health and Society», 18: 118.
- Zanotti A. (1997), *L'invenzione sociologica del pregiudizio*, FrancoAngeli, Milano.

Zilboorg G., Henry G.W. (1941), *A History of Medical Psychology*, Norton, New York (tr. it.: *Storia della psichiatria*, Feltrinelli, Bologna, 1963).

<http://www.aptbasilicata.it>
<http://www.basilicataforall.it>
<http://www.censis.it>
<http://www.disabili.com>
<https://www.edscuola.it/archivio/handicap/iter.htm> (ultimo accesso 10/07/2024)
<http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home> (ultimo accesso 10/07/2024)
<https://ec.europa.eu/social/main.jsp?catId=1141&langId=it> (ultimo accesso 10/07/2024)
https://www.esteri.it/mae/resource/doc/2016/07/c_01_convenzione_onu_ita.pdf (ultimo accesso 10/07/2024)
<http://www.governo.it/governo/costituzione/principi.html> (ultimo accesso 10/07/2024)
<http://www.handylex.it>
<http://Ilmitce.com>
<https://www.isnart.it/> (ultimo accesso 10/07/2024)
<https://www.iss.it/~snlg-strumenti-per-i-prodotto-ri#:~:text=Il%20metodo%20GRADE%20%5Blink%5D%3A,esplicito%20dei%20diversi%20fattori%20che%2C> (ultimo accesso 10/07/2024)
<http://www.istat.it> e www.demoistat.it
<http://www.istruzione.it/web/istruzione/disabilita>
www.lav.it
<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/> (ultimo accesso 10/02/2024)
<http://www.openicf.it/openicf/Index?me=standard>
<https://www.ospedalebambinogesu.it/disabilita-intellettiva-80068/> (ultimo accesso 01/07/2024)
<http://projectforall.net>
<https://www.riglobal.org/about/intl-symbol-of-access/> (ultimo accesso 20/06/2024)
<http://www.snlgiss.it/lgn> (ultimo accesso 10/07/2024)
www.storiadeisordi.it/2017/06/07/oltre-43-mila-sordi-italiani-inps/ (ultimo accesso 10/07/2024)
www.uicpiemonte.it/ (ultimo accesso 10/07/2024)
<http://www.who.int>
<http://apps.who.int/classifications/icfbrowser/> (ultimo accesso 10/07/2024)
<https://www.villageforall.net/> (ultimo accesso 15/07/2024)
www.w3.org (ultimo accesso 11/06/2024)

Vi aspettiamo su:

www.francoangeli.it

per scaricare (gratuitamente) i cataloghi delle nostre pubblicazioni

DIVISI PER ARGOMENTI E CENTINAIA DI VOCI: PER FACILITARE
LE VOSTRE RICERCHE.



Management, finanza,
marketing, operations, HR

Psicologia e psicoterapia:
teorie e tecniche

Didattica, scienze
della formazione

Economia,
economia aziendale

Sociologia

Antropologia

Comunicazione e media

Medicina, sanità



Architettura, design,
territorio

Informatica, ingegneria

Scienze

Filosofia, letteratura,
linguistica, storia

Politica, diritto

Psicologia, benessere,
autoaiuto

Efficacia personale

Politiche
e servizi sociali



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835168072

Questo 
LIBRO

 ti è piaciuto?

Comunicaci il tuo giudizio su:
www.francoangeli.it/opinione



VUOI RICEVERE GLI AGGIORNAMENTI
SULLE NOSTRE NOVITÀ
NELLE AREE CHE TI INTERESSANO?



ISCRIVITI ALLE NOSTRE NEWSLETTER

SEGUICI SU:



FrancoAngeli

La passione per le conoscenze

Copyright © 2024 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy. ISBN 9788835168072

FrancoAngeli

a strong international commitment

Our rich catalogue of publications includes hundreds of English-language monographs, as well as many journals that are published, partially or in whole, in English.

The **FrancoAngeli**, **FrancoAngeli Journals** and **FrancoAngeli Series** websites now offer a completely dual language interface, in Italian and English.

Since 2006, we have been making our content available in digital format, as one of the first partners and contributors to the **Torrossa** platform for the distribution of digital content to Italian and foreign academic institutions. **Torrossa** is a pan-European platform which currently provides access to nearly 400,000 e-books and more than 1,000 e-journals in many languages from academic publishers in Italy and Spain, and, more recently, French, German, Swiss, Belgian, Dutch, and English publishers. It regularly serves more than 3,000 libraries worldwide.

Ensuring international visibility and discoverability for our authors is of crucial importance to us.

FrancoAngeli



torrossa
Online Digital Library

Riflettendo sulla accessibilità, la persona con disabilità rappresenta l'emblema dei bisogni psico-fisici sottesi a questo concetto. Ma la condizione di disabilità non è l'unica espressione di bisogno di accessibilità. Donne in stato di gravidanza; anziani con particolari difficoltà psico-fisiche; donne con bambini al seguito; persone con menomazioni transitorie in corso di recupero; persone che necessitano di un costante collegamento alla rete; persone con particolari allergie e intolleranze alimentari; persone con difficoltà alimentari e metaboliche; persone che hanno bisogno di servizi per animali domestici; persone che necessitano di riguardo per le proprie credenze, culto e religione; persone che richiedono rispetto del proprio genere: sono tutti soggetti che sollecitano accessibilità per diversi motivi e in diversi contesti.

È nella vasta costellazione di questi bisogni che si va a collocare il cosiddetto *turismo accessibile*, ove per accessibile si intende la possibilità di rendere fruibili beni, servizi e luoghi per ogni tipologia di occorrenza espressa dal cittadino. Pertanto, un luogo, un servizio o una struttura è definibile *accessibile* quando tutte le persone possono beneficiarne a prescindere dalle loro caratteristiche psico-fisiche.

Da un punto di vista sociologico, il concetto di accessibilità annulla il concetto di normalità, perché scardina la dicotomia normalità/anormalità e focalizza l'attenzione sui bisogni espressi da un individuo: un luogo/servizio è accessibile quando non impedisce a nessuno di usufruire di quanto disposto, in piena libertà.

L'eliminazione di barriere fisiche e socioculturali vorrebbe dire rendere una persona attiva e partecipe nel proprio contesto di vita. In altre parole, se la disabilità è intesa come ogni forma di limitazione dell'attività e restrizione della partecipazione sociale, l'ambizione di avere luoghi e servizi accessibili vanificherebbe l'etichetta di disabilità e otterremmo una società pienamente inclusiva.

Il volume è composto da due parti: la prima tratta le definizioni di accessibilità e di disabilità, dimostrando un modello interpretativo tra i due fenomeni sociali; la seconda, invece, riporta l'esperienza maturata in Basilicata di un progetto di accessibilità turistica per persone con disabilità.

Rocco Di Santo, sociologo, è presidente di Presidi Educativi Impresa sociale srl di Policoro (MT) e dal 2022 presiede la Società Italiana di Sociologia della Salute. Collabora per attività di ricerca, formazione e progettazione sociale con enti locali, ASL, scuole, ETS, centri di ricerca, enti di formazione, università pubbliche. Tra i suoi principali campi di interesse vi sono: la disabilità, le povertà e il welfare.

È autore di pubblicazioni tra le quali: *Sociologia della disabilità* (2013, FrancoAngeli) e *Dalla comunità alla prossimità: le nuove sfide del welfare* (2022, Maggioli). Di recente ha curato il volume *Come l'araba fenice? I sociologi nel SSN* (con G. Giarelli e G. Mascagni, 2024, FrancoAngeli).