

2.18 Le barriere

A ogni disabilità, indipendentemente dalla sua rilevanza, corrisponde un handicap. Un individuo che possiede un handicap, prima o poi incorre nella necessità di superare una determinata situazione, che per lo stesso si configura come un ostacolo.

Si è rilevato che alcune disabilità sono più appariscenti di altre e si è cercato di classificarle, riportando altresì le definizioni e le categorizzazioni messe a punto sia dall'OMS sia dai vari testi di legge.

Concettualmente si può fare un'altra riflessione sulla natura dell'ostacolo.

Le disabilità fisiche, che sono le più appariscenti, hanno portato ben presto a definire gli ostacoli identificandoli come *barriere architettoniche* e *barriere localizzative*. Un altro approccio per classificare l'ostacolo, può essere quello di distinguere in senso generale le *barriere di natura fisica* da quelle di *natura psichica*.

Il concetto di barriera fisica è immediato: le barriere architettoniche e quelle localizzative sono tali.

2.18.1 Le barriere fisiche architettoniche

Costituisce *barriera architettonica* qualsiasi ostacolo che limita o impedisce l'accesso e l'uso di spazi e di opere antropiche di qualsiasi natura (come manufatti ed edifici, opere private e pubbliche), in particolare agli individui che possiedono difficoltà temporanee o permanenti di natura motoria, sensoriale o psichica. Le barriere architettoniche sono a loro volta suddivise in categorie e s'identificano due gruppi: quelle urbane, relative all'ambiente esterno, e quelle interne agli edifici.

Lo sforzo economico che le autorità pubbliche e gli enti preposti ai servizi collettivi continuano a sostenere per migliorare la situazione, richiederà ancora molti anni d'interventi. In altri casi è invece il privato che evita di spendere per abbattere ove possibile le barriere fisiche degli edifici.

Sono ancora ampiamente presenti, all'esterno:

- marciapiedi e fondi stradali danneggiati e impercorribili anche nelle aree comunali cittadine, quando il disabile deve spingere a mano la propria carrozzella;
- piazzole dei parcheggi non sempre agevoli;

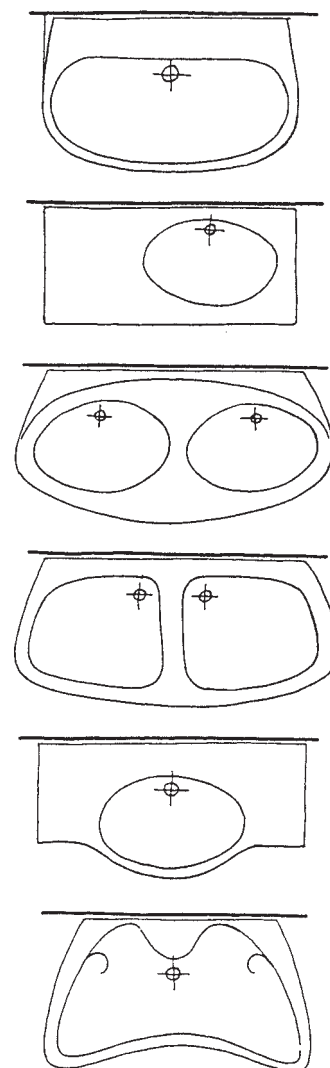


Figura 2.33 – Nella norma si scelgono per casa (e non solo) lavabi in funzione del design, delle dimensioni, dell'economicità (non sempre), ma assai raramente pensando che se si deve usare questo sanitario seduti in carrozzella, solo l'ultimo lavabo fisso al piede della figura è appena accettabile e sempre che il modello sia molto sottile e che il sifone dello scarico sia posizionato subito sotto l'apparecchio, per permettere di spingere le ginocchia sotto la coppa.

- marciapiedi senza scivolo;
- ostacoli sui marciapiedi (paline segnaletiche stradali e delle fermate dei mezzi pubblici, pali dell'illuminazione pubblica, alberi non sfrondatai). Sui marciapiedi sono inoltre molto frequenti ostacoli temporanei, costituiti da auto, moto e bici mal posteggiate;
- scale con gradini disuguali, sdruciolevoli, danneggiati, troppo alti, pedate troppo strette, volute risolte con gradini trapezoidali agibili soltanto nella parte più larga, mancorrenti mancanti o ad altezza inferiore al metro con protezione inadeguata;
- strade in pendenza, con scalini a pedata lunga, di misura tale da non riuscire ad alternare il

piede scendendo o salendo, prive di mancorrente e con pedate talvolta inclinate eccessivamente in avanti, tali da rendere pericoloso il percorso in caso di pioggia o di ghiaccio;

- sottopassi e sovrappassi (anche delle ferrovie e delle stazioni d'autobus) privi di montascale;
- banchine di salita sui mezzi pubblici troppo basse;
- mezzi pubblici inagibili non solo per che è in carrozzella, ma sovente anche per la persona anziana o che ha qualche difficoltà di deambulazione;
- cassette per la posta messe ad altezza eccessiva (manca un ordinamento al riguardo).

Molto sovente è presente una barriera che è parte dell'edificio, sia pubblico sia privato, anche se di solito esterna: il dislivello esistente fra il piano stradale e quello del piano d'accesso all'ingresso. In molti Paesi, da sempre, buona parte degli edifici è costruita con almeno un gradino d'accesso. In passato, era quasi norma costruire una scala sul fronte di un edificio con un minimo di rilevanza e portare più alto del piano di campagna il primo piano agibile, denominato piano rialzato. Più un edificio era di rilievo, maggiore era il numero dei gradini.

Rendere visitabili oggi migliaia di edifici al disabile non sempre è possibile, sovente per ragioni economiche, ma non infrequentemente per impossibilità fisica conseguente a mancanza di spazio.

Alcuni aspetti sono facilmente modificabili, come i tappeti esterni, che possono essere incassati a filo pavimento, sostituendo quelli a pelo lungo con quelli rasati, tali da permettere a una carrozzina di passarvi sopra.

Un grave problema è quello dei vani degli ascensori realizzati con dimensioni così anguste che non è possibile montare una cabina che permetta a una carrozzina di accedervi.

Gli interni, anche di molti edifici pubblici (a parte le scuole, gli ospedali, i teatri e altri edifici che da sempre nascono con ampi corridoi e spazi di sosta), sono poco o nulla percorribili con una carrozzina e ancora meno accessibili sono i servizi igienici. Cadono in questa categoria cinematografi, teatri, stadi sportivi, chiese.

Sovente la valenza artistica dell'edificio impedisce di installare montascale, ascensori e costruire rampe (non s'intende certo fare riferimento alla torre di Pisa...).

Lo studio dei singoli oggetti e del loro design (mani-

glie, leve, impugnature, comandi di varia natura: elettrici, idraulici, termici), raramente è orientato a un uso veramente universale, adatto per tutte le età, per tutte le disabilità e per tutte le situazioni, aspetto questo che in ogni caso non è di facile soluzione.

Una persona cui manca una mano o che non la può muovere e che si trova nella comune e ricorrente necessità di usare coltello e tagliere per affettare un arrosto o coltello e forchetta per tagliare una fetta dello stesso arrosto a pezzetti per poterla mangiare, si trova palesemente davanti a una barriera, che a prima vista parrebbe improprio definirne architettónica.

In realtà, l'architettura include anche il design dell'oggetto, tuttavia, per giungere alla realizzazione di un coltello elettrico e di un tagliere con il piano inferiore antiscivolo e dotato di punte metalliche, su cui si fissa il pezzo di carne, occorre anche un intervento d'ingegneria. Quindi, è più proprio definire questo tipo d'ostacolo come di natura genericamente fisica.

Questa tipologia di ostacoli è quanto mai vasta ed esistono innumerevoli ostacoli che non si possono definire proprio per nulla architettonici. Si pensi alla stessa persona che può usare una sola mano e che nella sua dimora abituale, accudisce alle funzioni domestiche. La stessa deve fare il bucato e curare la biancheria. Con una sola mano riuscirà a disfare il letto, togliere coperte e lenzuola, liberare il cuscino dalla federa e riporre lenzuola e federa nella lavabiancheria, poi togliere dalla macchina il bucato e stenderlo sul filo ad asciugare. Quando si troverà di fronte alla necessità di ripiegare le lenzuola asciutte, in qualche modo, lasciando il lenzuolo sul filo, piegandolo prima in due e poi in quattro e in otto per lungo, riuscirà infine a piegarlo anche per largo disponendolo sul tavolo, per poterlo riporre nell'armadio. Indubbiamente la funzione di piegatura di un lenzuolo costituisce una barriera semplicemente fisica. Tutti questi aspetti, funzioni, episodi della vita quotidiana richiedono ancora di più ampia e approfondita attenzione e studio, perché, in parecchi casi, non sono ancora risolti.

2.18.2 Le barriere fisiche localizzative

Costituisce *barriera localizzativa* ogni ostacolo che riduca o impedisca la percezione in termini di posizione, forma, funzione, colore di un qualsiasi oggetto o struttura fissa (manufatto, dispositivo) o mobile (mezzi meccanici, mezzi di trasporto ecc.), in particolare agli individui che possiedono diffi-

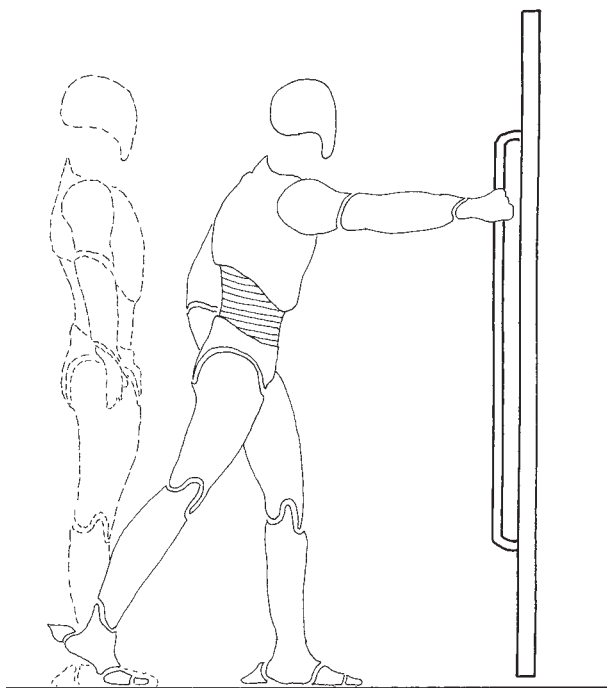


Figura 2.34 – Si è rilevato in una figura precedente che la massima forza sviluppabile col braccio, sia in trazione sia in spinta, si ottiene quando l'intero braccio è posizionato orizzontalmente rispetto al corpo in avanti. Una porta dotata di maniglia lunga (verticale o inclinata) facilita la prensione a tutte le altezze (bambini, adulti, anziani, disabili in carrozzella).

coltà temporanee o permanenti di natura motoria, sensoriale o psichica. Per quanto concerne le barriere localizzative, i non vedenti si trovano molto più svantaggiati di tutti gli altri disabili. Non è forse errato definire il non vedente come *utente limite*, nel caso delle barriere di natura fisica.

Molto è già stato fatto per abbattere le barriere urbane, per facilitare l'accesso sui mezzi pubblici, dotando i semafori di segnalatori acustici, segnando alcuni percorsi con superfici a rilievo codificato. Tuttavia, rimane totale la lacuna nel caso degli edifici pubblici.

Se non poche barriere architettoniche e localizzative create dall'uomo possono essere tali anche per un individuo perfettamente sano e normale, le persone disabili che vedono, anche se sono obbligate a spostarsi sulla carrozzina, riescono più facilmente oggi a superare sia una barriera fisica di carattere architettonico anche di rilevante entità, sia nell'affrontare una barriera localizzativa.

Nel caso in cui un non vedente deve entrare in un ufficio pubblico (anagrafe, ufficio postale, ufficio delle imposte, banca ecc.) o in un ospedale, non trova alcuna indicazione utile per spostarsi all'interno dell'edificio né in senso orizzontale, né (nel caso degli edifici multipiano) in verticale. Un non vedente, se può camminare, può spostarsi agevol-

mente sia in senso orizzontale sia verticale, salendo e scendendo le scale, percorrendo rampe. Può prendere manovrare agevolmente anche gli ascensori, poiché sono oggi dotati di tastiera braille. Il problema all'origine è di sapere, una volta entrati, se andare a destra o a sinistra, se salire o scendere e a quale piano. In molti ospedali le maniche sono costituite da edifici separati, distanziati da aree verdi. Occorre in tal caso uscire dal corpo principale, percorrere anche rilevanti spostamenti, ed entrare in un altro edificio.

La segnaletica verticale è ormai ben affermata e di livello estetico e grafico molto accattivante, d'agevole lettura, ma non serve ai non vedenti.

Molti ospedali, anche se di medie dimensioni, hanno cominciato a creare nei corridoi interni dei percorsi codificati con bande di colore verniciati o applicati al pavimento, perché è abbastanza normale che anche una persona con i cinque sensi perfettamente integri non trovi facilmente il reparto e lo studio medico ambulatoriale che gli necessita.

Un non vedente, entrando in un ospedale, ha ancora oggi una sola possibilità: farsi accompagnare da qualcuno (che non può assolutamente essere il suo cane-guida, il quale non può entrare).

La soluzione a questo tipo di barriera, tipicamente localizzativa, è abbastanza semplice, ma è un aspetto che è ancora sperimentato solo sporadicamente, dotando l'edificio di una mappatura tattile con indicazioni braille. La diffusione delle indicazioni braille stimolerebbe di più i non vedenti ad

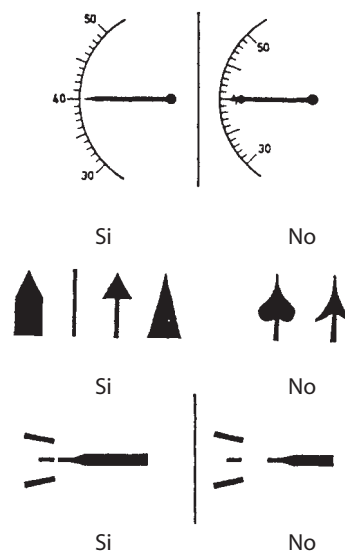


Figura 2.35 – Il quadrante di un apparecchio indicante una grandezza qualunque (gradi temperatura nel caso del forno, pressione nel caso del barometro, secondi o minuti nel caso del forno a microonde, programma prescelto nel caso della lavabiancheria, ecc.) deve essere concepito con un indice mobile che permetta una facile lettura, in particolare a chi ha problemi alla vista.

apprendere questo sistema di comunicazione, finora noto a una minoranza di loro.

2.18.3 Le barriere psichiche

Il concetto di *barriera psichica* è più evidente facendo un paio d'esempi. Una persona che soffre di vertigini evita di affacciarsi dal balcone, anche se questo è dotato a norma di legge di una ringhiera alta 1 metro, ed eviterà di scendere una lunga e ampia gradinata, come ne esistono molte.

Una persona che soffre di claustrofobia preferisce salire o scendere dieci piani di scale anziché entrare in un ascensore, anche se questo è perfettamente a norma di legge per l'handicappato. Nel caso della barriera fisica come sopra identificata, sono stati messi a punto innumerevoli ausili meccanici, elettrici e tiflogici.

Nel caso della barriera psichica, la progettazione può altresì fare qualcosa, anche se non sempre è possibile realizzare un manufatto tenendo conto a priori di tutte le cause e le tipologie di barriere.

La distinzione fra barriere di diversa natura non si ferma, infatti, a quanto rilevato.

Basti rammentare che un numero sempre maggiore di persone accusa allergie non solo al polline, ma verso moltissimi altri prodotti naturali (lana, piuma d'oca, per esempio, ancora regolarmente usata per strapuntini e cuscini) o sintetici (tipica è una reazione dell'epidermide alle fibre sintetiche come la poliammide).

Si è pertanto di fronte anche a barriere di natura chimica che possono essere affrontate con determinate soluzioni architettoniche *ad hoc*, quelle tipiche studiate dalla *bioarchitettura* e dall'*ecoarchitettura*. Un ulteriore drammatico aspetto riguarda la condizione del tossicodipendente, che nelle fasi avanzate d'assuefazione porta a stati psichici complessi da curare e da recuperare. Nel corso del testo si esaminano compiutamente numerosi particolari inerenti alle barriere citate.

2.19 Il concetto di "qualità della vita"

Per una normale persona in buone condizioni di salute, la qualità della vita può essere vista in tanti modi, e anche come personale livello d'appagamento (legato al presupposto di aver conseguito un sufficiente livello di realizzazione di se stesso), per esempio, dei normali bisogni in termini di vita

Scala di valutazione dell'adattamento sociale

Morte del coniuge	100
Divorzio	73
Separazione del coniuge	65
Detenzione in carcere	63
Morte di un parente stretto	63
Ferita o malattia personale	53
Matrimonio	50
Licenziamento	47
Riconciliazione con il coniuge	45
Pensionamento	45
Preoccupazione per la salute familiare	44
Gravidanza	44
Problemi sessuali	39
Entrata di un nuovo membro in famiglia	39
Miglioramento degli affari	39
Cambiamenti (+, -) delle condizioni	38
Morte di un amico intimo	37
Cambiamento del ritmo di lavoro	36
Discussioni con il coniuge	35
Ipoteca o debito superiore ai 25 milioni	31
Estinzione di un debito o di un'ipoteca	29
Uscita da casa di un figlio	29
Problemi con i parenti acquisiti	29
Notevole successo personale	28
Inizio o fine del lavoro del coniuge	26
Inizio della scuola	26
Cambiamento delle condizioni di vita	25
Revisione delle abitudini personali	24
Cambiamento delle condizioni di lavoro	20
Cambiamento di residenza	20
Cambiamento delle abitudini religiose	19
Cambiamento delle attività sociali	19
Ipoteca o debito inferiore ai 25 milioni	18
Modifiche delle abitudini del sonno	17
Cambiamento delle abitudini alimentari	15
Vacanza	15
Natale	13
Piccola infrazione della legge	11

privata e lavorativa, e dei bisogni di natura intellettuale e spirituale, nell'ambito di un ambiente sociale riferibile alla località in cui si vive.³ Non è tuttavia facile elaborare una scala di "bontà

³ Maslow, A.H. *Motivazione e personalità*, Roma, Armando editore, 1973. Consultando periodicamente il sito www.utoron-

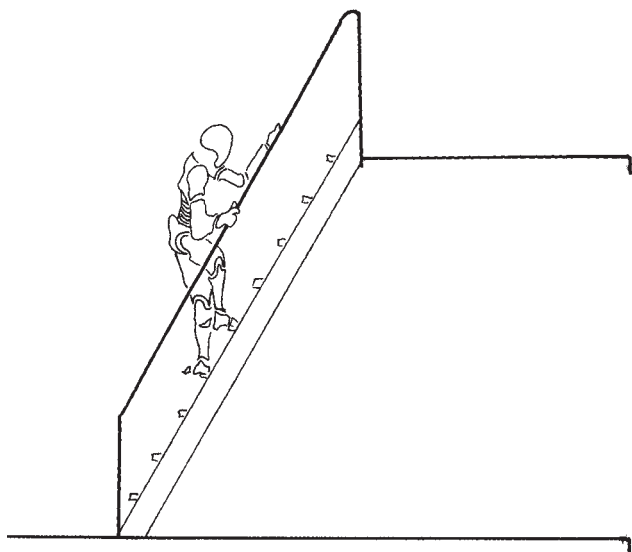


Figura 2.36 – A prescindere dalle scalette usate per salire e scendere da natanti o aerei, inutilizzabili da chi ha problemi di mobilità agli arti inferiori perché molto ripide, sovente quando si realizza un appartamento dotato di mansarda o di sottotetto fruibile, si dimentica che le scalette fisse o retraibili, di normale adozione, diventano inutilizzabili quando intervengono problemi motori. È sempre vantaggioso prevedere scale con inclinazioni normali, assai più percorribili anche se con difficoltà o la possibilità di installare sistemi meccanici di traslazione.

della vita” valida per tutti, perché ciascuno di noi ha esigenze e aspirazioni molto particolari, che s’intersecano con le stesse condizioni di vita, che sono altrettanto strettamente personali.

Se si raffronta questo concetto a popolazioni diverse che vivono in parti diverse del pianeta, per ciascuna questi valori cambiano profondamente, così come sovente variano anche in una stessa area geografica per le persone che, per esempio, vivono in un ambito urbano rispetto a quelle che vivono fuori città.

Negli ultimi anni, si è cercato di approfondire il significato di “qualità della vita” scoprendo che è molto complesso riuscire a individuare dei validi parametri di riferimento.

La situazione si complica ulteriormente quando si cerca di capire quali sono i presupposti per una persona disabile, tali da permettergli di affermare che, per lui, la qualità della vita è almeno a un livello accettabile.

Il Centro di Promozione della Salute dell’Università di Toronto ha cominciato a raccogliere verso gli anni ’90 un’ampia bibliografia commentata, dedicata allo studio della qualità della vita per persone con disabilità acquisita o potenziale.

La scala riportata (di cui non è stato possibile trovare

la fonte) è stata rielaborata e si basa su presupposti aleatori, cercando di individuare possibili pesi per quanto riguarda le reazioni che un individuo ha, di fronte ai molteplici eventi che si possono verificare nel corso dell’esistenza. La stessa ha il solo obiettivo di spingere a riflettere sull’estrema variabilità delle situazioni individuali, tanto da poter giungere ad affermare che, per ciascuno di noi, esiste una scala dei valori assolutamente personale. Se, per esempio, per un incidente, una persona sfascia l’automobile a torto, senza subire danni fisici, è evidente che la gravità dell’evento è proporzionale al livello di benessere della stessa: se è molto a mezzi, il tutto si limita al fastidio di andare ad acquistare un’auto nuova.

Così, il peso di una ferita o di una malattia è proporzionale non solo al variabile livello di gravità dell’evento, ma anche alle condizioni di salute della persona e alle possibilità che la stessa ha d’assistenza: se la persona vive sola, un non grave taglio a una mano che gli impedisca di svolgere le normali faccende domestiche diventa un evento grave, così come se la persona è diabetica. Al limite, la morte di un coniuge per molte coppie separate o divorziate può significare affettivamente poco o nulla, perché vi sono casi in cui un partner ha perso del tutto le tracce dell’altro. In alcuni casi la situazione coniugale è serena, in altri il livello d’attrito con il coniuge può salire ben oltre i 36 punti, e così via. La tabella potrebbe essere estesa a parecchie centinaia di voci oltre a quelle indicate e buona parte delle voci, per ciascun individuo, possono essere diverse.

2.20 Il tossicodipendente

Non a caso s’includono alcune riflessioni a fine capitolo e dopo aver fatto cenno alla qualità della vita (tralasciando un cenno all’alcoolismo, che esula dalle finalità del testo).

Se per disabile s’intende, secondo la definizione OMS, qualsiasi limitazione o perdita – conseguente a menomazione – della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano, il tossicodipendente è più che mai soggetto, in varia misura secondo i casi, a un pesante handicap volontario.

Particolare rilevanza assumono i centri sociali e di recupero del tossicomane, soggetto a una comples-

sa sintomatologia, che si rivela molto delicata nella fase di disintossicazione.

Il paziente in fase di disintossicazione e ancora nel periodo immediatamente successivo accusa una specifica incapacità di prendersi cura di sé, perché da un tempo più o meno lungo (in alcuni casi per un periodo molto lungo), ha rinunciato a conoscere i propri sentimenti e i propri bisogni, le regole igieniche, la cura del proprio corpo.

Tale rinuncia porta all'incapacità da parte del soggetto in fase di disintossicazione di elaborare delle strategie adeguate e, in un clima di minimizzazione, compaiono rudimentali progetti di risoluzione del suo problema esistenziale. Lo stesso fantasma di volta in volta che il lavoro, lo studio, in alcuni casi il recupero delle proprie capacità artistiche, una buona relazione sentimentale, un figlio, potranno costituire un mezzo sufficiente per stare lontano dalla droga. Questo profilo rende evidente la sproporzione fra le condizioni in cui il paziente si trova e la sua pena per queste. La tossicomania conferma la sua capacità di produrre una potente analgesia diffusa che ostacola l'instaurarsi di un'adeguata alleanza terapeutica.

Nel tossicomane la percezione dolorosa della propria condizione sembra assente, attribuendo il male e la negatività della tossicodipendenza a circostanze esterne, come le normative sui narcotici o il costo dello stupefacente, in un'alterazione della percezione dei contenuti psichici in cui pena, dolore, emozioni, sentimenti sono percepiti come pesanti e inutili appendici, ostacolo e impaccio al raggiungimento del piacere.

Quando si presenta al clinico, il tossicomane è assimilabile a un soggetto al quale cadono, cariandosi gravemente, i denti, mentre il dolore lo sente qualcun'altro – appunto il genitore, il coniuge, il parente – che perciò con urgenza richiede cure e rimedi. Il paziente è immerso nell'analgesia e nell'anossia. Clinicamente si assiste al rendersi vano d'ogni appello a principi morali e giuridici, a norme d'igiene e profilassi.

In fondo è naturale, nessuno intraprende la cura di un male che non soffre, e non si vede perché il tossicodipendente debba sfuggire a questo principio elementare ma clinicamente molto confermato. Sono comprese, in questo vasto gruppo, domande sulla propria identità, sulla propria sessualità, vi sono le vicissitudini emotive dei rapporti interpersonali, gli echi e gli attriti dei conflitti intrapsichici, la vita psichica nel suo svolgersi critico e drammatico.

A fronte di questo quadro clinico, l'ambiente in cui viene a trovarsi il soggetto che ha dimostrato, seppure con un minimo di volontà, di voler uscire dalla dipendenza, assume man mano una connotazione sempre meno evanescente e sempre più reale e fisica, poiché, nello stato di dipendenza, per il tossicomane tutto il mondo circostante diventa a tratti remoto e cessa persino di esistere. La riscoperta dei colori, delle luci, degli odori, delle espressioni dei volti delle persone, dei toni di voce, della musica e dei rumori deve potere avvenire in un microhabitat armonico e accogliente, in alcuni casi migliore di quello in cui lo stesso è vissuto quando era ancora in famiglia, perché deprimente e negativo e talvolta molto modesto e insoddisfacente.

L'essenzialità degli ambienti e soprattutto l'ordine e la pulizia, la piacevolezza dell'arredo, colori dai toni non troppo intensi per superfici e luci sono alla base di una progettazione che proprio in questo caso particolare deve assimilare più che mai i principi olistici.

2.21 Disabilità e povertà

Lo studio della disabilità avulso dalla condizione economica del soggetto ha ben poco significato, tenendo conto che, oltre il primo livello d'indigenza, un rilevante numero di individui disabili non possiede sufficienti mezzi economici per poter fruire di quanto il mercato dei sussidi mette a disposizione per acquisire un livello di vita più confacente. La povertà è una condizione che, se per il singolo è indipendente dalla localizzazione geografica, per intere popolazioni è legata al contrario alla maggior parte dei Paesi del nostro pianeta.

La disabilità:

- a tende ad aggravarsi e a diventare più critica con il crescere dello stato di povertà,
- b impedisce molto sovente lo studio e l'accrescimento culturale, e chi è in giovane età corre maggiori rischi di rimanere sottoscolarizzato e in seguito impedito a svolgere lavori remunerativi, che gli permetterebbero di migliorare il suo stato economico,
- c rende in molti casi impossibile del tutto il lavoro e quindi il guadagno, favorendo inevitabilmente la povertà.

Negli Stati Uniti, il *Census Bureau* in una recente indagine ha indicato che se il tasso d'occupazione medio supera l'80% per le persone prive di disabilità, cala al 75% per persone con disabilità leggere e

si attesta sotto il 23% per persone con disabilità gravi. Mediamente, posto che un normale lavoratore guadagna 1000, un disabile leggero guadagna 800 e un disabile grave, nel migliore dei casi, non guadagna più di 500. Degli oltre sei miliardi della popolazione esistente sulla terra all'inizio del terzo millennio, l'*Intermediate Technology Development Group* (www.itdg.org) ha rilevato i seguenti aspetti:

- 1,2 miliardi guadagnano meno di 1 euro al giorno, anche se dal 1990 il numero complessivo dei poveri ha cominciato ad avere una lieve regressione;
- il 70% dei poveri è di sesso femminile, e sovente, nelle aree geografiche dove ancora si svolgono guerre interne, queste sono vedove di guerra con bambini;
- 2 miliardi non hanno a disposizione alcuna fonte d'energia (talvolta nemmeno combustibili naturali);
- 1 miliardo soffre seriamente la fame;
- 1,5 miliardi non hanno una casa adeguata alle condizioni minime di vivibilità;
- 1 miliardo non ha a disposizione acqua potabile,
- 2,5 miliardi non possiedono servizi igienici;
- 3 miliardi usano la legna come unica fonte termica per cucinare il cibo.

L'uso della legna e gli incendi appiccati alla vegetazione per la deforestazione continuano a essere una delle cause d'accrescimento dell'inquinamento atmosferico e del sovvertimento dell'atmosfera, che provoca a sua volta un numero maggiore di cicloni e d'inondazioni. Attualmente, il 96% delle persone che muoiono per disastri naturali causati dal clima, è vissuto nei Paesi poveri e questi dissesti causano un numero di vittime maggiore delle guerre:

- l'azione congiunta dei cambiamenti di clima, del crescente degrado ambientale e la persistente mancanza d'assistenza sanitaria stanno facendo aumentare i malati di malaria e di AIDS;
- la maggior parte dei conflitti avviene attualmente all'interno di singoli Paesi. Il fuoco diretto e le mine antiuomo stanno facendo aumentare rapidamente il numero percentuale di mutilati, molti dei quali sono bambini;
- già ora, il 50% della popolazione mondiale è concentrata negli aggregati urbani e per il 2025 questa percentuale passerà al 65%. Nelle aree urbane il povero è maggiormente emarginato per

la frequente insufficiente preparazione culturale e professionale;

- pur dimostrando sovente la massima aspirazione a crescere culturalmente e ad affermarsi, il povero, specie nei Paesi emarginati, trova difficoltà a creare delle piccole attività imprenditoriali, anche se assistito e finanziato, perché schiacciato dalla maggiore potenzialità tecnico-economica e finanziaria delle multinazionali, che possono immettere sul mercato beni e tecnologie a costi concorrenziali, e che rendono spesso inefficaci le *tecnologie intermedie*;
- nei Paesi industrializzati, il numero delle persone anziane sta aumentando rapidamente. In queste aree geografiche, anziani e disabili, incapaci di produrre reddito, inseriti in modelli di società dove i costi della vita continuano a crescere ogni anno, pur se possiedono qualche risorsa finanziaria pregressa, con il passare degli anni e con il crescere dell'inflazione, subiscono una graduale riduzione del potere d'acquisto e possono giungere e superare la soglia della minima sopravvivenza economica.

Pur non essendo una risposta ottima in senso assoluto, la tecnologia (non degradata dal consumismo), se mediata da altri fattori, è indiscutibilmente uno strumento atto a permettere aumenti di produttività a livello individuale e collettivo, creazione di migliori servizi sociali e collettivi, maggiore potere d'acquisto. Molti individui poveri, assistiti correttamente, dimostrano di essere in grado di crescere culturalmente e professionalmente e anche di suggerire soluzioni conformi alla loro realtà geografica, psicosociale, etnografica.

Un numero crescente di organismi volontari sta dedicando ampie risorse per estendere l'uso dell'informaticizzazione ai Paesi poveri, attraverso la quale il processo di scolarizzazione e d'acculturamento può essere accelerato.

Resta assodato che, nella stragrande maggioranza, a livello mondiale, disabili e anziani non sono in grado di dotarsi di soluzioni e di ausili elaborati e costosi, e che il maggiore mercato per le aziende che generano questi beni è quello del prodotto qualitativamente sufficiente ma a basso costo.

2.21.1 Riferimenti web

www.aema.com

www.affarisocialihandicap.it

www.aipd.it

www.alteweb.it
www.alz-mt.org
www.ambiente.it
www.annoeuropeodisabili.it
www.anthai.org
www.appliance411.com/faq/handicap.shtml
www.arch.buffalo.edu/~idea
www.aroga.com
www.art.man.ac.uk
www.bibciechi.it/index.htm
www.cae.org.uk/index.html
www.cavazza.it/eab
www.clickandgomap.com/00_textonly.htm
www.comune.venezia.it/letturagevolata/leggere/index.asp?scelta=arte
www.csli.stanford.edu
www.design.ncsu.edu/cud
www.disabili.com
www.disabililavoro.com
www.disabilities.com
www.disabilityresources.org
www.dolancare.com/pages/AttentionSpan.html
www.e-accessibility.com
www.e-accessibility.org
www.ebooklocator.com
www.ed.gov/offices/OSERS/NIDRR
www.faip-onlus.it/
www.fastlink.com
www.gen-ilac.com/pk2.htm
www.genuki.org.uk/big/eng/WIL/braille
www.getty.edu
www.handicap.dk
www.handicapincifre.it/index.asp
www.handicap-network.de
www.handicap-studie.nl
www.handylex.org
www.handimatica.it/SITIOK.html
www.handylex.org/handylinx
www.headstar.com
www.healthdesign.org/facilities_longtermcare.html
www.heatherhill.org/dolan2.html
www.homemods.org
www.ibuduzce-tip.edu.tr/sayi2.htm
www.indiana.edu/~nca
www.info-handicap.lu
www.inps.it
www.ncaonline.org
www.ncddr.org
www.legadelfilodoro.it
www.mclink.it/com/airs/Roma
www.rnib.org.uk

www.ncd.gov
www.solidarite.developpe.free.fr
www.uic.edu/orgs/sds
www.wid.org
www.nlbuk.org
www.projectaction.org
www.resource.gov.uk
www.trace.wisc.edu
www.uibk.ac.at
www.uildm.org/normativa.htm
www.utoronto.ca

2.21.2 Riferimenti web su disabilità e povertà

www.aapd.com/docs/queennoor.html
www.accessiblesociety.org
www.banminesusa.org
www.cbmit.org
www.ccsd.ca/factsheets/fs_ncwpl01.htm
www.coopi.org
www.cpag.org.uk
www.dfid.gov.uk/Pubs/files/disability.pdf
www.dhfs.state.wi.us/Disabilities/Physical/employment.htm
www.disability.dk/site/viewdoc.php?doc_id=710
www.disabilityworld.org/11-12_02/gov/poverty.shtml
www.eldis.org/static/DOC103.htm
www.eldis.org/static/DOC8635.htm
www.health.fgov
www.hospitalmanagement.net
www.hrdc-drhc.gc.ca/hrib/sdd-dds/odi/documents/living_with_disability/chap51_e.s
www.id21.org/insights/insights46/
www.independentliving.org/docs1/dpidi2992.html
www.infouse.com/disabilitydata/womendisability_glossary
www.missionaridafrika.org
www.ncd.gov/newsroom/advisory/international/interwatch_02-15-01.html
www.nda.ie/cntmgmt.nsf/Category/4A130E715ECB-61AC80256C7B00704A2F?OpenDocument
www.nlm.nih.gov
www.poverty.worldbank.org
www.prb.org/Content/NavigationMenu/PT_articles/Jul-Sep01/Emerging_Trends_in_Disability.htm
www.psicomed.it
www.rehabinternational.org/publications/rivol50/povertyanddisability.html
www.socialpolicy.org
www.sosig.ac.uk/roads/subject-listing/World-cat/poverty.html

www.st-edmunds.cam.ac.uk/vhi/nussbaum/papers/welch.pdf
 www.superabile.it
 www.uic.edu/depts/idhd/ced/text/childtxt.htm
 www.um.dk/danida/ngostudier/handicapraadet
 www.unescap.org/decade/act.htm
 www.un.org/ecosocdev/geninfo/disabled/disabday.htm
 www.un.org/esa/socdev/enable/rights/adhocunbrief2.htm
 www.who.int/inf-pr-1999/en/pr99-68.html
 www.worldbank.org/devforum/forum_PovertyReductionAndDisability.html
 www.worldbank.org/poverty/wdrpoverty/background/elwan.pdf

2.21.3 Riferimenti bibliografici

- AA.VV. *Servizi socio sanitari*, Roma, Assessorato LL PP Regione Lazio, 1979.
- Cavicchi, M. *Le barriere architettoniche*, Santarcangelo di Romagna, Maggioli, 1997.
- Bagnara, S. *Ergonomia del software*, Milano, CLUP, 1987.
- Baker, F. & Intagliata, J. *Quality of Life in the Evaluation of Community Support Systems*, Evaluation and Program Planning, 5, 69-79, 1982.
- Barber, R., Ballard, C., McKeith, I.G., Gholkar, A., O'Brien, J.T. *MRI Volumetric Study of Dementia With Lewy Bodies: A Comparison With AD and Vascular Dementia*, Neurology. 54; 1304-1309, 2000.
- Blunden, R. *Quality of Life in Persons With Disabilities: Issues in the Development of Services*, in Brown, R.I. (E.), *Quality of Life for Handicapped People*, New York, Croom Helm, 37-55, 1988.
- Borthwick-Duffy, S. *Quality of Life of Persons With Severe and Profound Mental Retardation* in Schallack, R. (E.), *Quality of Life: Perspectives & Issues*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, 177-192, 1990.
- Brown, R.I. (E.) *Quality of Life for Handicapped People*, New York, Croom Helm, 1988.
- Brown, R.I. *Aging, Disability and Quality of Life: A Challenge for Society*, Canadian Psychology, 30 (3), 551-559, 1989.
- Buboltz, M.M., Eicher, J.B., Evers, S.J. & Sontag, M. *A Human Ecological Approach to Quality of Life: Conceptual Framework and Results of a Preliminary Study*, Social Indicators Research, 7, 103-136, 1980.
- Canter Kihlstrom, L. *Mental Health Services Research* in H.S. Friedman (E.), *Encyclopedia of Mental Health*, 2, 653-663. San Diego, CA, Academic Press, 1998.
- Craik, K.H. *Personality System Concepts and Their Implications*. Psychological Inquiry, 9, 145-148, 1998.
- Cicarelli, G., Pellecchia, M.T., Maturi, F., Barone, P. *Brain Stem Cystic Astrocytoma Presenting With "Pure" Parkinsonism Mov. Disord.* 14 (2): 364-6, mar 1999.
- Cosulich, P., Ornati, A. *Progettare senza barriere*, Milano, Pirola, 1980.
- Counter, D.L. *Home is the Place: Quality of Life for Young Children With Developmental Disabilities*, in De Kerckhove, D. *La pelle della cultura: un'indagine sulla nuova realtà elettronica*, Genova, Costa & Nolan, 1996.
- Dadam, L. *Relazione al convegno Alzheimer: problemi e prospettive*, Torino, settembre 2002.
- Dadam, L. *The Physical Environment for Day Care Centre*, Bologna, 2nd International Meeting on Cognitive, affective and behavioural disorders in elderly, 2000.
- Daita, N., Buriani, G. *Handicap*, Ediesse, 1995.
- Di Sivo, M., Lentini, B. *Guida alla progettazione senza barriere*, Firenze, E. Alinea, 1989.
- Dittmar, Sharon, S., Gresham, Glen, E. *Functional Assessment and Outcome Measures for the Rehabilitation Health Professional*, New York, Aspen Publishers Co., 1997.
- Dixon, J.M., *Methods for Training Blind Persons in the Use of Tactile Maps*, in Nicolai, T, e. International Conference on Tactile Representation for the Blind, Berlin, Blinden und Seschwachen-Verband der DDR, 36-43, 1994.
- Dobrzykowski, E. editor. *Essential Readings in Rehabilitation Outcomes Measurement - Application, Methodology, and Technology*, New York, Aspen Publishers Co., 1998.
- Dossa, P.A. *Quality of Life: Individualism or Holism? A Critical Review of the Literature*, International Journal of Rehabilitation Research, 12 (2), 121-136, 1989.
- Donegan, C. and Potts, M. *People With Mental Handicap Living Alone in the Community: A Pilot Study of Their Quality of Life*, The British Journal of Mental Subnormality, Vol. XXXIV, Part 1, No. 66, 10-22, 1988.
- Edman, P.K., *Tactile Graphics*, New York, American Foudation for the Blind, 1992.
- Eidelberg, D., Moeller, J.R., Kazumata, K., Antonini A., Sterio, D., Dhawan, V., Spetsieris, P., Alterman, R., Kelly, P.J., Dogali, M., Fazzini, E., Beric, A. *Metabolic Correlates of Pallidal Neuronal Activity in Parkinson's Disease*, Brain 120:1315-24 1997.
- Gindis, B. *Children With Mental Retardation in the*

- Soviet Union, *Mental Retardation*, 26 (6), 381-384, 1988.
- Gelb, D.J., Olver, E., Gilman, S. *Diagnostic Criteria for Parkinson Disease*, *Arch. Neurol.* 56:33-39, 1999.
- Gilardi, N. et al. *Hemiparkinsonism-Hemiatrophy Syndrome: Clinical and Neuroradiologic Features*, *Neurology* 40; 1731-1734, 1990.
- Goguelin, P. *Essai critique sur la psychologie du travail*, in: *Psychologie française*, 34 (1), 97-102, 1989.
- Golledge, R.G., *Tactual Strip Maps as Navigation Aids*, *Journal of Visual Impairment and Blindness*, 85, 296-301, 1991.
- Goode, D. *Principles and Recommendations From The Quality of Life Project*, Valhalla, NY, The Mental Retardation Institute, 1988.
- Hachinski, V.C., Iliff, L., Duboulay, G.H., McAllister, V., Marshall, J., Ross Russel, R.W., Symon, L. *Cerebral Blood Flow in Dementia*, *Arch Meurrol* 32: 632-637, 1975.
- Higgs E., Light A. and Strong D., eds. *Technology and the Good Life?*, Chicago, University of Chicago Press, 2000.
- Hill, B.K., Rotegard, L.L. & Bruininks, R.H. *The Quality of Life of Mentally Retarded People in Residential Care*, *Social Work*, 29, 275-281, 1984.
- Hughey, J.B. & Bards J.W. *Social Psychological Dimensions of Community Satisfaction and Quality of Life: Some obtained Relations*, *Psychological Reports*, 61, 239-246, 1987.
- Johnson, G.I., Wilson, J.R. *Future Directions and Research Issues for Ergonomics and Advanced Manufacturing Technology (AMT)*, *Applied ergonomics*, 19 (1), 3-8, 1988.
- Keeffe, J.E., Lam, D., Cheung, A., Dinh, T., McCarty, C.A. *Impact of Vision Impairment on Functioning*, *Australian and New Zealand Journal of Ophthalmology*, vol. 26, suppl. 1, may 1998.
- Keith, K.D. *Quality of Life: Issues in Community Integration*, in Schalock R.L. (E.), *Quality of Life: Perspectives & Issues*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, 93-100, 1990.
- Kemp, B.J. *Quality of Life While Aging with a Disability*, pp. 158-163, *Assistive Technology* Volume 11.2, 1999.
- Keyes, C. & Ryff, C. *Psychological Well-Being in Midlife* in: S.L. Willis & J.D. Reid (Eds.) *Life in the Middle: Psychological and Social Development in Middle Age*, Toronto, Academic Press, 1999.
- Knoll, J.A. *Defining Quality in Residential Services*, in Bradley and Bersani (Eds.), *Quality Assurance for Individuals With Developmental Disabilities*, Brooks Publishing Co., 235-261, 1990.
- Kondo, T., *Brain Tumor and Parkinsonism*, *Nippon Rinsho* 55; 118-122, 1997.
- Leplat, J. *L'analyse psychologique du travail: quelques jalons historiques*, in: *Le travail humain*, 56 (2-3), 115-131, 1993.
- Leplat, J. *La fiabilité et l'ergonomie: spécificité et complémentarité*, in: *Revue de psychologie appliquée*, 40 (3), 377-386, 1993.
- Liesegang, T.J. *Glaucoma: Changing Concepts and Future Directions*, *Mayo Clinic Proc.* Vol. 71, n. 7, Jul. 1996.
- Livingston, P.M., Carson, C.A., Taylor, H.R. *The Epidemiology of Cataracts: A Review of Literature*, *Ophthalmoc Epidemiology*, vol. 2, n. 3, dec 1995.
- Mace, N., Rabins, P. *Demenza e malattia di Alzheimer*, Trento, Erickson, 1995.
- Matteschi, D. *Servizi Socio-Sanitari e difesa degli anziani*, Roma, NIS, 1980.
- Nicolle, C.A., Burnett, G.E., *Telscan. Usable ITS for the Elderly and Disabled*, *Traffic Technology International*, pp 60-61, 63-64, August 1997.
- Page, M.R.H. *Human Factors: A User's View of Ergonomics*, in: *Ergonomics*, 38 (3), 539-545, 1995.
- Parmenter, T.R. *An analysis of the Dimensions of Quality of Life for People With Physical Disabilities*, in Brown, R.I. (E.), *Quality of Life for Handicapped People*, New York, Croom Helm, 7-36, 1988.
- Poulson, D.F. *Using New Technology to Support the Provision of Care Services*, *Computing & Control Engineering Journal*, 8 (5), pp 203-207, October 1997.
- Poulson, D.F. and Richardson, S.J. *Housing for Disabled and Elderly People in the UK*, Stockholm, Domotic, Environment, and Users. Experiences from Japan, UK, France, Canada and Sweden, Mekibes, B. (e), Royal Institute of Technology, Architecture and Town Planning Domotic Lab, pp 28-36, 1997.
- Poulson, D.F., Nicolle, C.A., Burnett, G.E. *Considering Elderly People and People with Disabilities in R&D*, Thessaloniki, *Advancement of Assistive Technology*, Anogianakis, G., Buhler, C. and Soede, M. (eds), IOS Press, pp 436-440, 28 September-2 October, 1997.
- Quinn, N. Marsden, C.D. *The Motor Disorder of Multiple System Atrophy*. *J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry*, 56:1239-1242, 1993.
- Re, A. *Ergonomia per psicologi*, Milano, Cortina, 1995.
- Richardson, S.J., review of Snel, J. and Cremer, R. *Work and Aging: A European Perspective*, *Ergonomics Abstracts*, 29 (4), pp 763-764, 1997.
- Russ, D. *Quality of Life Service Manual*, Research Department, The Vocational and Rehabilitation Rese-

- arch Institute, 3304-33rd St. NW, Calgary, Alberta, April, 1981.
- Sabatini, U., Boulanouar, K., Fabre, N., Martin, F., Care, C., Colonnese, C., Bozzao, L., Berry, I., Montastruc, J. L., Chollet, F., Rascol, O. *Cortical Motor Reorganization in Akinetic Patients with Parkinson's Disease: A Functional Mri Study*, Brain 123; 394, 2000.
- Sawada, H., Udaka, F., Kameyama, M., Seriu, N., Nishinaka, K., Shindou, K., Kodama, M., Nishitani, N., Okumiya, K. *Spect findings in Parkinson's disease associated with dementia*, J. Neurol. Neurosurg. Psychiatry, 55 (10): 960-3, 1992.
- Schalock, R.L. (E.), *Quality of Life: Perspectives & Issues*, Washington, DC, American Association on Mental Retardation, 61-69, 1990.
- Scherer, M.J. *Outcomes of Assistive Technology Use on Quality of Life*. Disability and Rehabilitation, 18 (9), 439-448, 1996.
- Sorensen, R.J. *Design for Accessibility*, New York, McGraw-Hill Book Co., 1979.
- Stanley, B. & Roy, A. *Evaluating the Quality of Life of People with mental Handicaps: A Social Validation Study*, Mental Handicap Research, 1 (2), 197-210, 1988.
- Stark, J.A. & Goldsberg, T. *Quality of Life From Childhood to Adulthood*, in Schalock R.L. (E.), *Quality of Life: Perspectives & Issues*, Washington, DC: American Association on Mental Retardation, 71-83, 1990.
- Steinkuller, P. G, Du, L., Gilbert, C., Foster, A., Collins, M.L., Coats, D.K. *Childhood Blindness*, Journal of AAOPS, vol. 3, n. 1, feb. 1999.
- Tokumaru, A.M., O'uchi, T., Kuru, Y., Maki, T., Murayama, S., Horichi, Y. *Corticobasal Degeneration: MR with Histopathologic Comparison*, AJNR Am. J. Neuroradiol., 17:1849-52, 1996.
- Whitaker, S. *Quality of Life and People with a Very Profound Handicap*, British Journal of Mental Subnormality, 68, 3-7, 1989.
- Winkelmann, J., Auer, D.P., Lechner, C., Elbel, G., Trenkwalder, C. *Magnetic Resonance Imaging Findings in Corticobasal Degeneration*, Mov. Disord., 14:669-73, 1999.
- Zeisel, J., Hyde, J., Lewkoff, S. *Best practice: An Environment Behavior (E-B). Model of Physical Design for Special Care Units*, The Journal of Alzheimer's disease, vol. 9, n. 2 pp 4-21.
- Zijlmans, J.C., Thijssen, H.O., Vogels, O.J., Kremer, H.P., Poels, P.J., Schoonderwaldt, H.C., Merx, J.L., van 't Hof, M.A., Thien, T., Horstink, M.W. *MRI in Patients with Suspected Vascular Parkinsonism*. Neurology, 45:2183-8, 1995.