

un bagno per tutti

relazione legale

avv. silvia stefanelli

ABSTRACT

Il presente documento di lavoro si propone come finalità quella di evidenziare e sostenere sotto il profilo giuridico i principi e gli strumenti atti a promuovere il progetto "UN BAGNO PER TUTTI".

Tale progetto ha tre obiettivi:

- 1. Sensibilizzare la comunità ed in particolare i tecnici di settore sul problema dell'accessibilità reale di tutti gli ambienti bagno nei luoghi aperti al pubblico.**
- 2. Promuovere la ricerca tecnologica di attrezzature ed ausili efficaci a superare i problemi più diffusi in tema di accessibilità dell'ambiente bagno.**
- 3. Valutare possibili sviluppi ed integrazioni della normativa nazionale in materia di progettazione del bagno, elaborando in particolare un Progetto Guida per garantire nel medio e lungo periodo una reale accessibilità e fruibilità di tutti gli ambienti bagno nei luoghi aperti al pubblico (vedi progetto "Medium - Large").**

Il documento di lavoro è, a sua volta, suddiviso in tre parti:

P.zza Azzarita, 6 - 40122 Bologna - Tel. 051 553405 - Fax 051 554093 - web: studiolegalestefanelli.it

- ◀ nella prima parte saranno analizzati i più recenti orientamenti in tema di disabilità, in particolare l'evoluzione del sistema di classificazione delle disabilità promosso dall'O.M.S. che è passato dal sistema dell'ICIDH, fondato sulle definizioni di disabilità, al più articolato e completo sistema di classificazione dell'ICF, che classifica invece la salute e gli stati di salute ad essa correlati con particolare attenzione ai fattori ambientali e di contesto;
- nella seconda parte verranno analizzati gli orientamenti evolutivi delle politiche sociali in ambito internazionale e comunitario, che andranno ad orientare nei prossimi anni le scelte di politica legislativa sul tema della disabilità negli Stati membri e quindi anche i Italia;
- nella terza parte verrà analizzata la disciplina italiana oggi vigente in materia per la progettazione e realizzazione dell'ambiente "BAGNO" in ambiente pubblico e privato, cercando i identificare e suggerire eventuali strade per raggiungere gli obiettivi sopra indicati.

PARTE 1 - IL CONCETTO DI DISABILITÀ.

a) La classificazione secondo ICIDH – International Classification of Impairments, disabilities and handicaps

Nel 1980 l'OMS pubblicava una classificazione delle disabilità denominato **ICIDH**.

Tale classificazione si basava su un modello sequenziale di base che distingueva fra menomazione, disabilità ed handicap.

La **MENOMAZIONE** veniva definita come

qualsiasi perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica¹

La **DISABILITÀ** come

qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) delle capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano²

L' **HANDICAP** invece come

la situazione di svantaggio, conseguente ad una menomazione o ad una disabilità, che in un soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, sesso e fattori socioculturali³

L'ICIDH è dunque una classificazione delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap.

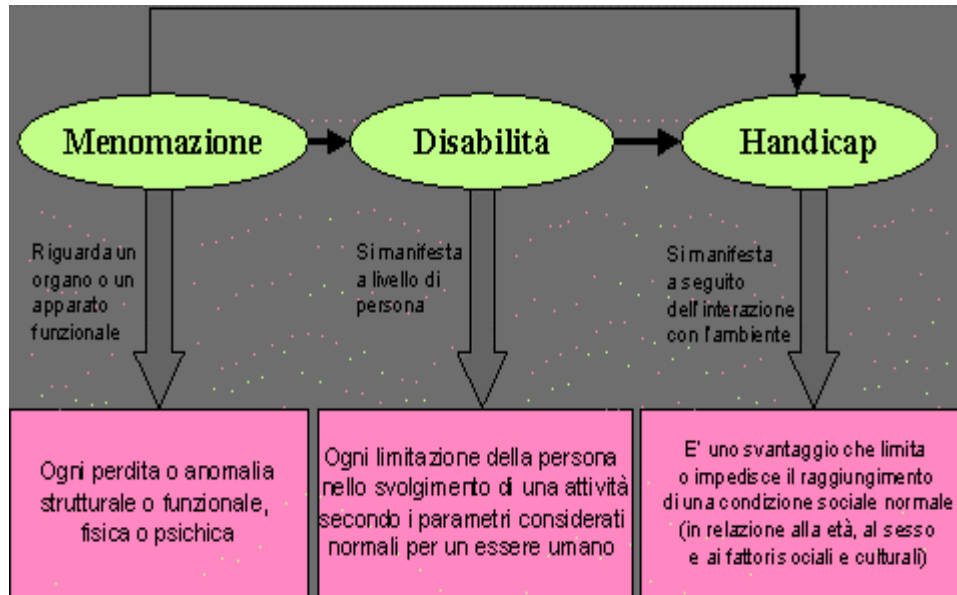
Lo schema sotto riportato può essere chiarificatore di quanto sopra esposto ⁴:

¹ Le menomazioni venivano suddivise in: Menomazioni della capacità intellettiva Altre menomazioni psicologiche Menomazioni del linguaggio e della parola; Menomazioni auricolari, Menomazioni oculari; Menomazioni viscerali; Menomazioni scheletriche; Menomazioni deturpanti; Menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo

² Le Disabilità venivano suddivise in: Disabilità nel comportamento; Disabilità nella comunicazione; Disabilità nella cura della propria persona; Disabilità locomotorie; Disabilità dovute all'assetto corporeo Disabilità nella destrezza; Disabilità circostanziali; Disabilità in particolari attività; Altre restrizioni all'attività

³ Gli Handicap veniva suddividi in: Handicap nell'orientamento; Handicap nell'indipendenza fisica; Handicap nella mobilità; Handicap occupazionali; Handicap nell'integrazione sociale; Handicap nell'autosufficienza economica; Altri handicap

⁴ Lo schema è stato tratto dal sito: www.handicapincifre.it



Secondo la classificazione dell'ICIDH le situazioni di cui sopra (come meglio esemplificate in nota) possono (ma non necessariamente *devono*) essere tra loro collegate.

Mentre infatti la menomazione ha solitamente carattere permanente, la disabilità dipende dalla attività che il soggetto deve esercitare e l'handicap esprime lo svantaggio che lo stesso ha nei riguardi di altri individui (i cosiddetti normodotati).

Così - solo a titolo di esempio - un non vedente è una persona che soffre di una menomazione oculare che può procurargli sia disabilità nella comunicazione e nella locomozione sia un handicap nella mobilità e nella occupazione: in questo caso un unico tipo di menomazione può dar luogo a più tipi di disabilità e implicare diversi handicap.

Al contrario un soggetto affetto da paraplegia avrà certamente un handicap quando si tratti di giocare al calcio, ma non ne avrà praticamente nessuno nel far uso di un personal computer.



Ciò che rileva evidenziare in questa sede è che tale classificazione clinica e scientifica, accettata e utilizzata per molti anni, è stata il presupposto e il fondamento sulla base del quale sono state assunte le decisioni politico-normative in materia.

b) La nuova classificazione dell'ICF – International Classification of Functioning Disability and Health

Dopo diversi anni di utilizzo dell'ICIDH ed alla luce dell'esperienza maturata, l'Organizzazione Mondiale della Sanità, anche in forza dei contenuti delle Regole Standard per le pari Opportunità dei disabili assunte dall'Assemblea Generale delle Nazioni Unite⁵, ha approvato e pubblicato nel maggio del 2001 una nuova Classificazione, denominata "Classificazione internazionale del funzionamento, della salute e disabilità - ICF⁶."

CON L'ICF SI MODIFICA RADICALMENTE MODO DI APPROCCIARE IL PROBLEMA RISPETTO ALL'ICIDH.

⁵ i punti fondamentali delle Regole Standard sono approfonditi nel paragrafo che segue.

⁶ L'approvazione dell'ICF da parte dell'Assemblea Mondiale della Sanità nel 2001 ha di fatto cancellato l'utilizzo dell'ICIDH dalla pratica e l'OMS propone l'ICF come strumento standard per misurare funzionamento, salute e disabilità.

L'ICF è il risultato di 7 anni di un lavoro svoltosi in 65 Paesi, partendo dalla revisione della vecchia classificazione ICIDH, ed è oggi riconosciuta da 191 Paesi.

Non si parte infatti dai tassi di malattia e mortalità per classificare le conseguenti disabilità (come avveniva nell'ICIDH), ma si pone come **momento centrale la qualità della vita delle persone che si trovano in condizioni fisiche particolari, per evidenziare come tali persone convivono con la loro condizione e come sia possibile migliorarla affinché possano contare su un'esistenza produttiva e serena.**

L'ICF (diversamente dell'ICIDH) non classifica le disabilità ma **classifica invece la salute e gli stati di salute ad essa correlati.**

L'ICF organizza le informazioni secondo tre dimensioni:

1. a livello corporeo (**Funzioni e struttura del corpo**). Essa comprende due classificazioni, una per le funzioni dei sistemi corporei, e una per la struttura corporea
2. a livello personale (**Attività**). Copre la gamma completa delle attività svolte da una persona. Le attività contenute nei capitoli vanno da quelle semplici a quelle complesse.
3. a livello sociale (**Partecipazione**). Classifica le aree della vita in cui un individuo è coinvolto, ha accesso, ha opportunità sociali o incontra barriere. Le aree classificate vanno da quelle semplici a quelle complesse.

Rispetto all'ICIDH, l'ICF enfatizza molto di più il ruolo della classificazione come modello sociale: in tale senso, l'ICF include anche una lista di **fattori ambientali e di contesto**, che si ritiene possano influenzare il funzionamento e le disabilità dell'uomo.

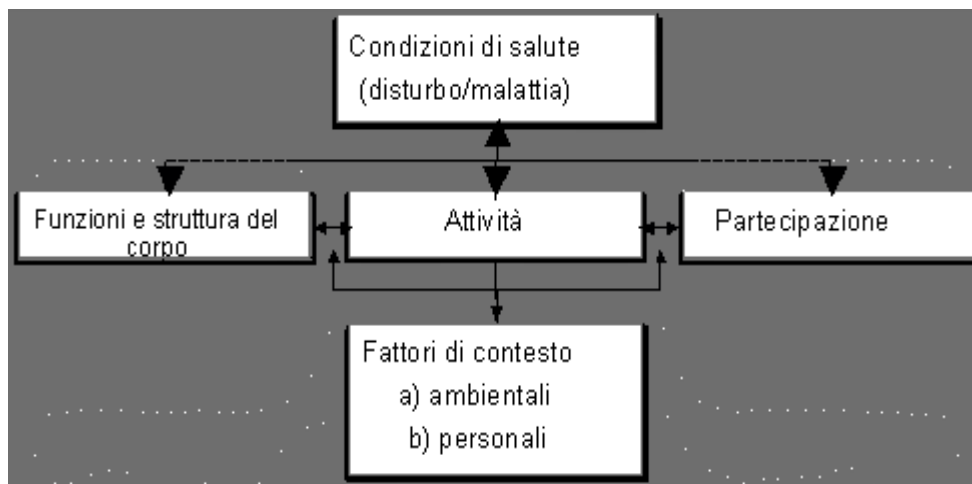
Di conseguenza poi anche gli interventi proposti saranno focalizzati sull'individuo e potranno cambiare a seconda del livello e della tipologia di disabilità.

Facciamo un esempio se il problema è una menomazione o una limitazione dell'attività, l'intervento sarà focalizzato sull'individuo e potrà essere un trattamento medico o chirurgico della menomazione o un trattamento riabilitativo per migliorare la capacità della persona (es. potenziamento forza muscolare, tecniche di apprendimento, modalità di controllo delle emozioni ecc.); se invece il problema è collegato ad una restrizione della partecipazione a causa di discriminazione dovute ad esempio a barriere architettoniche, allora l'intervento sarà diretto alla eliminazione delle stesse.

L'ICF permette, in sostanza, la descrizione delle differenze nella esperienza di disabilità e favorisce una ricerca globale sull'individuo.

Permette inoltre lo sviluppo di chiare e precise strategie di intervento e di valutazione non solo migliorando la capacità della persona ma cambiando l'ambiente così da favorire facilitatori e ad eliminare barriere.

Il diagramma successivo⁷ illustra come disabilità e funzionamento umano siano il risultato di interazioni fra lo stato di salute e fattori di contesto.



L'Italia, oltre ad aver avuto un ruolo attivo e partecipe ai lavori per l'elaborazione ed approvazione dell'ICF⁸, ha oggi promosso sul tema, tramite il Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali Italiano, il progetto denominato **"PROGETTO ICF IN ITALIA"**.

⁷ Lo schema è tratto dal sito www.handicapincifre.it

Tale progetto propone di avviare un'azione sperimentale di stimolo, affinché nell'arco di alcuni anni, il più ampio numero di persone che operano nel settore della disabilità sia formato alla diversa cultura e filosofia sul tema, e quindi alla promozione dei vantaggi della nuova classificazione dell'OMS e degli strumenti ad essa collegati.

In concomitanza poi dell'Anno Europeo della Disabilità (2003) è stata promossa una Conferenza Nazionale sulla Disabilità (Bari 14-16 febbraio 2003) le cui conclusioni si incentrano sull' **USO DELLA CLASSIFICAZIONE ICF COME STRUMENTO PER LO SVILUPPO DI POLITICHE DI WELFARE IN ITALIA.**

Gli aspetti specifici del Progetto ICF in Italia e della Conferenza sopra segnalata possono essere approfonditi sul sito del <http://www.welfare.gov.it/icf/>

Alla luce di quanto sopra e per le finalità del presente lavoro, preme evidenziare i seguenti aspetti

Si ritiene che le nuova classificazione dell'ICF – in via di progressiva assunzione a tutti i livelli - comporterà le seguenti conseguenze:

- un *allargamento* dell'abituale qualificazione di *soggetto disabile*: nella classificazione dell'ICF infatti la possibile situazione di disabilità **NON È IL PROBLEMA DI UN GRUPPO MINORITARIO ALL'INTERNO DELLA COMUNITÀ, QUANTO**

⁸ Per l'Italia il lavoro di revisione è stato fatto dal DIN, Disability Italian Network, venticinque Centri in tutta Italia coordinati dall' Agenzia Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia.

Con il coordinamento del Disability Italian Network e dell'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli, dopo la conferenza mondiale di presentazione dell'ICF svoltasi a Trieste nell'Aprile 2002 alla presenza di rappresentanti di più di 70 stati, l'Italia ha avuta la "nomination" per diventare Centro Collaboratore dell'OMS. Ciò permetterà al nostro paese di essere all'avanguardia su temi complessi e delicati, che riguardano tutti noi.

PIUTTOSTO UNA CONDIZIONE CHE OGNUNO PUÒ SPERIMENTARE DURANTE LA PROPRIA VITA.

- **IL POSSIBILE SUPERAMENTO – QUALE CONSEGUENZA SOCIALE E POLITICA DI TALE ALLARGAMENTO CHE COINVOLGE POTENZIALMENTE *TUTTI* - DELLA VISIONE DELLA DISABILITÀ COME *MOMENTO MARGINALE* E *SPECIALE* RISPETTO ALLA *NORMALITÀ*, E L'APRIRSI QUINDI DELLA POSSIBILITÀ NEGLI ANNI FUTURI DI UN NUOVO MODO DI LEGIFERARE E REGOLAMENTARE I VARI ASPETTI DEL PROBLEMA**
- **un NUOVO MODELLO DI REGOLAMENTAZIONE GIURIDICA DELLA MATERIA che RIGUARDA UN "GRUPPO" MA RIGUARDA TUTTI POICHÉ TUTTI POSSONO AVERE UNA CONDIZIONE DI SALUTE CHE, IN UN CONTESTO AMBIENTALE SFAVOREVOLE, COMPORTA DISABILITÀ**

PARTE 2 – POLITICHE SOCIALI INTERNAZIONALI E COMUNITARIE IN TEMA DI DISABILITÀ: PROSPETTIVE EVOLUTIVE

a) politiche internazionali: le Regole Standard delle Nazioni Unite

P.zza Azzarita, 6 – 40122 Bologna – Tel. 051 553405 – Fax 051 554093 - web: studiolegalestefanelli.it

Con la Risoluzione n. 48/96 del 20 dicembre 1993 l'Assemblea Generale delle Nazioni Unite adottava le **Regole Standard per l'uguaglianza e le opportunità delle persone con disabilità**.

Tale documento rappresenta una svolta culturale, la cui portata ed autorevolezza fanno da cardine per orientare il nuovo approccio alle scelte di politica del welfare a livello internazionale.

Infatti pur non costituendo un vincolo legale, essa ha rappresentato un forte impulso per i Governi all'adozione di politiche indirizzate ad ottenere l'uguaglianza dei diritti e delle opportunità delle persone con disabilità.

In questo senso punto cardine della Risoluzione 48/96 è il principio che **la facoltà di un individuo di avere una funzione nella società ed esercitare un impiego dipende anche dalla volontà della società di adattarsi agli individui e alle loro differenze, oltre che dalle limitazioni funzionali specifiche che definiscono una persona come "disabile"**.

Il documento copre tutti gli aspetti della vita delle persone con disabilità e si articola in 22 regole, raggruppate in 4 temi:

- 1) Le condizioni di base per la piena partecipazione;
- 2) Le aree di intervento;
- 3) Le misure attuative;
- 4) Il meccanismo di monitoraggio.

Nello specifico sono contenute delle norme concernenti la *partecipazione sociale dei disabili*, in particolare sul tema dell'accessibilità (Norma 5⁹) considerata area di eccellenza per gli interventi diretti alla realizzazione delle pari opportunità.

⁹ La regola 5 così sancisce:

Rule 5. Accessibility (estratto)

States should recognize the overall importance of accessibility in the process of the equalization of opportunities in all spheres of society. For persons with disabilities of any kind, States should (a)

b) politiche comunitarie

aspetti generali

Il tema della disabilità sta trovando negli ultimi anno spazio e sviluppo anche in ambito europeo.

Senza pretendere di affrontare in questa sede l'argomento nel suo complesso, preme solo segnalare alcuni documenti fondamentali che sono alla base delle politiche comunitarie sul tema e che andranno ad orientare non solo i futuri documenti della UE ma anche, di conseguenza, le politiche nazionali degli Stati membri in materia.

⇒ Trattato CE art. 13

L'art. 13 (ex art. 6A) introdotto con il Tratto di Amsterdam del 1997 (art. 2 par 7) riconosce e protegge i diritti delle persone con disabilità, conferendo alla Comunità la

introduce programmes of action to make the physical environment accessible; and (b) undertake measures to provide access to information and communication.

(a) Access to the physical environment

1. States should initiate measures to remove the obstacles to participation in the physical environment. Such measures should be to develop standards and guidelines and to consider enacting legislation to ensure accessibility to various areas in society, such as housing, buildings, public transport services and other means of transportation, streets and other outdoor environments.
2. States should ensure that architects, construction engineers and others who are professionally involved in the design and construction of the physical environment have access to adequate information on disability policy and measures to achieve accessibility.
3. Accessibility requirements should be included in the design and construction of the physical environment from the beginning of the designing process.
4. Organizations of persons with disabilities should be consulted when standards and norms for accessibility are being developed. They should also be involved locally from the initial planning stage when public construction projects are being designed, thus ensuring maximum accessibility.

P.zza Azzarita, 6 - 40122 Bologna - Tel. 051 553405 - Fax 051 554093 - web: studiolegalestefanelli.it

facoltà di adottare una legislazione atta a combattere le discriminazioni, tra cui quelle fondate sulla disabilità.¹⁰

⇒ **La Carta dei diritti Fondamentali dell'Unione Europea (2000/C 364/01, pubblicata in GUCE 18 dicembre 2000, C364/1)** finalizzata a sancire e rafforzare la tutela dei diritti fondamentali dei cittadini alla luce dell'evoluzione della società, del progresso sociale e degli sviluppi scientifici e tecnologici, introduce due articoli sui disabili che conferiscono agli stessi particolari poteri di tutela (art. 21 – Non discriminazione ¹¹ e art. 26 – Inserimento dei Disabili ¹²).

⇒ **La Comunicazione della Commissione Europea 30 luglio 1996 sulla "Parità di opportunità dei Disabili – Una Nuova Strategia Europea per i Disabili"**¹³

¹⁰ L'art. 13 del Trattato CE così stabilisce: *Fatte salve le altre disposizioni del presente trattato e nell'ambito delle competenze da esso conferite alla Comunità, il Consiglio, deliberando all'unanimità su proposta della Commissione e previa consultazione del Parlamento europeo, può prendere i provvedimenti opportuni per combattere le discriminazioni fondate sul sesso, la razza o l'origine etnica, la religione o le convinzioni personali, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.*

¹¹ L'art. 21 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione sancisce che:
E' vietata qualsiasi forma di discriminazione fondata, in particolare, sul sesso, la razza, il colore della pelle o l'origine etnica o sociale, le caratteristiche genetiche, la lingua, la religione o le convinzioni personali, le opinioni politiche o di qualsiasi altra natura, l'appartenenza ad una minoranza nazionale, il patrimonio, la nascita, gli handicap, l'età o le tendenze sessuali.

2. Nell'ambito d'applicazione del trattato che istituisce la Comunità europea e del trattato sull'Unione europea È vietata qualsiasi discriminazione fondata sulla cittadinanza, fatte salve le disposizioni particolari contenute nei trattati stessi.

¹² L'art. 26 della Carta dei Diritti Fondamentali dell'Unione sancisce che:
L'Unione riconosce e rispetta il diritto dei disabili di beneficiare di misure intese a garantirne l'autonomia, l'inserimento sociale e professionale e la partecipazione alla vita della comunità.

¹³ Il Consiglio e gli Stati membri hanno politicamente fatto propria tale Comunicazione sotto forma di una Risoluzione nel dicembre 1996. La Risoluzione sottolinea che, anche se la responsabilità in questo settore incombe essenzialmente agli Stati membri, la Comunità europea può contribuire in modo significativo a promuovere la cooperazione tra gli Stati membri, nonché a incoraggiare lo scambio e lo sviluppo di

In attuazione della norma di cui sopra la Commissione, facendo proprio l'approccio sul tema approvato dall'Assemblea generale della Nazioni Unite nella Risoluzione 48/96¹⁴, ha promosso una nuova politica sul tema della disabilità.

Più precisamente si è posta come finalità quella di **superare l'angusto obiettivo dell'adattamento per raggiungere invece una reale integrazione** che viene considerata la chiave di accesso alla vita attiva¹⁵.

La Comunicazione è particolarmente interessante **perché MUOVE DALLA VALUTAZIONE CHE SOTTO MOLTEPLICI ASPETTI LE NOSTRE SOCIETÀ SONO ORGANIZZATE PER UN CITTADINO "MEDIO" CHE NON SOFFRE DI MENOMAZIONI**: conseguentemente il cittadino con menomazioni si vede relegato in un ruolo marginale che viene salvaguardato solo in presenza di disciplina speciali che tutelano ad hoc il suo status.

La Comunicazione mira invece a mutare obiettivo: abbandonare l'ottica della relegazione dalla vita sociale e dello sviluppo dei servizi specializzati per sviluppare una cultura sociale e legislativa della reale integrazione.

migliori prassi nella Comunità e nel quadro delle politiche e delle azioni degli stessi organi e istituzioni comunitarie.

¹⁴ Si veda punto sopra.

¹⁵ Sui singoli aspetti la Comunicazione precisa quanto segue:

- nell'istruzione: giovani continuano ad incontrare problemi di accesso all'istruzione ordinaria e ad un'adeguata formazione di buona qualità;
- sul lavoro: la probabilità per i disabili di essere disoccupati è due o tre volte più elevata e cio' per periodi più lunghi rispetto al resto della popolazione;
- mobilità e accesso: numerosi sistemi di trasporto continuano ad essere inaccessibili o difficilmente accessibili;
- alloggio: alloggi adattati o adattabili sono spesso rari o estremamente costosi;
- sistemi assistenziali: questi sistemi in generale offrono un'assistenza minima che è spesso insufficientemente coerente con l'obiettivo di agevolare la partecipazione.

In sostanza la politica comunitaria in tema di disabilità potrebbe essere così sintetizzata:

MUTANDO IL MODO IN CUI ORGANIZZIAMO LE NOSTRE SOCIETÀ È POSSIBILE RIDURRE O ADDIRITTURA SUPERARE IN MANIERA EFFETTIVA GLI OSTACOLI CHE INCONTRANO I DISABILI.

Per quanto riguarda in particolare il tema dell'accessibilità si segnala:

⇒ **Risoluzione del Consiglio dei Ministri della UE 15 febbraio 2001** sull'introduzione dei principi di "progettazione universale" nei curricula di tutte le professioni correlate all'ambiente edificato.

La risoluzione dà indirizzi e linee affinché nella formazione delle diverse professionalità venga introdotto il principio della "progettazione universale" da intendersi come strategia che mira a progettare e comporre i diversi ambienti come luoghi direttamente accessibili e utilizzabili da tutti senza dovere ricorrere ad adattamenti o disegni speciali.

⇒ **Comunicazione della Commissione "Pari opportunità per le persone con disabilità: un Piano d'Azione europeo" – COM (2003) 650 del 30 ottobre 2003**

La Comunicazione introduce i piani di azione in materia per gli anni 2004-2010. Si segnala in particolare che il documento contiene un capitolo intitolato "accessibilità all'ambiente edificato pubblico" nel quale la Commissione precisa le azioni che intende porre in essere.

Più precisamente:

- promuovere l'accessibilità attraverso l'introduzione dei principi della progettazione per tutti, sviluppare norme europee in materia, migliorare l'educazione sulle questioni dell'accessibilità, promuovere lo scambio di informazioni;
- migliorare la legislazione;
- svolgere studi e ricerche sul tema;
- promuovere l'accessibilità nelle politiche degli appalti pubblici.

In tale contesto gli ostacoli ambientali costituiscono un impedimento alla partecipazione alla vita sociale maggiore dei limiti funzionali.

L'eliminazione degli ostacoli attraverso disposizioni legislative, opportuni adattamenti, regole di progettazione universale e altri strumenti è stata identificata come uno dei fattori chiave dell'uguaglianza delle opportunità per i disabili.

PARTE 3 – LE REGOLE IN ITALIA PER LA PROGETTAZIONE E REALIZZAZIONE DEI SERVIZI IGIENICI

Nel corso degli ultimi decenni è sicuramente cresciuta in Italia l'attenzione delle istituzioni pubbliche e della società civile nei confronti delle persone disabili.

Sotto il profilo strettamente normativo, essendo la disabilità una problematica che investe l'interesse della vita del soggetto affetto, la disciplina giuridica di riferimento è rinvenibile, in maniera frammentata, all'interno delle diverse discipline delle materie di riferimento (famiglia,

P.zza Azzarita, 6 – 40122 Bologna – Tel. 051 553405 – Fax 051 554093 - web: studiolegalestefanelli.it

scuola, università e formazione, politiche per il lavoro, mobilità ed accessibilità, tempo libero, Sport Cultura, Turismo, Prevenzione Ricerca ed Innovazione tecnologica ecc.).

Senza entrare in questa nell'analisi di tutte le normative preme solo evidenziare che le stesse risultano fortemente caratterizzate ed influenzate - né poteva essere diversamente - dalla classificazione dell'ICIDH del 1980 sopra analizzata (basti per tutte la qualificazione di soggetto affetto da handicap secondo gli artt. 3 e 4 della la l.n. 104/92 "Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione e i diritti delle persone handicappate").

Ne consegue - del tutto presumibilmente - che alla luce della nuova classificazione ICF dell'OMS (in via di recepimento in Italia - si veda sopra) il legislatore sarà chiamato (in tempi oggi non preventivabili) a mettere mano alla disciplina, modificandola o integrandola affinché la stessa risponda in maniera più conforme al nuovo modo di "sentire" il tema della disabilità.

Passando ora all'analisi più specifica della disciplina italiana per la progettazione e realizzazione dei servizi igienici - oggetto del presente lavoro - si evidenzia quanto segue.

Le regole per la realizzazione dei bagni risentono dell'approccio culturale sopra evidenziato:
più precisamente esiste una disciplina che potremmo definire *generale* per i bagno dei normodotati e, a fianco, una disciplina *speciale* per i soggetti affetti da handicap.

Ai fini del presente lavoro appare opportuno una breve analisi di entrambe.

La disciplina dei bagni per i normodotati

L'ordinamento giuridico italiano non presenta una legge di tipo generale sulla progettazione e realizzazione dell'ambiente bagno.

Più precisamente la progettazione e realizzazione di un bagno per normodotati deve rispondere a solitamente a due tipologie di regole: quelle di edilizia e quelle di igiene pubblica.

La disciplina dell'edilizia

I requisiti propri dei servizi igienici sono definiti dai regolamenti edilizi comunali i quali, a norma di quanto disposto dall'art. 33 della legge urbanistica (legge 17 agosto 1942, n. 1150 e successive modificazioni) devono disciplinare, tra l'altro, "9) *le norme igieniche di particolare interesse edilizio...*".

La legge urbanistica, quindi, ha in un certo qual modo lanciato un ponte verso gli aspetti igienico-sanitari, fino ad allora lasciati all'esclusiva disciplina dei Regolamenti di igiene.

Ne è evidentemente scaturito un **proliferare di Regolamenti edilizi di ambito comunale, spesso diversi tra loro in quanto legati alle esigenze urbanistiche del territorio (limitato) nel quale trovano applicazione.**

Oltre ai Regolamenti Edilizi, poi, ulteriori norme in materia di criteri per la costruzione dei servizi igienici sono stati dettati per singoli settori.

Se ne segnalano alcuni a titolo esemplificativo:

- Decreto del Ministero dell'Istruzione dell'Università e della Ricerca 9 maggio 2001, n. 118 (in Suppl. ordinario n. 107 alla Gazz. Uff., 21 maggio, n. 117). - Standard minimi dimensionali e qualitativi e linee guida relative ai parametri tecnici ed economici concernenti la realizzazione di alloggi e residenze per studenti universitari di cui alla legge 14 novembre 2000 n. 338 - (decreto n. 118)
- Decreto Ministeriale 21 marzo 1970 (in Suppl. ordinario alla Gazz. Uff. n. 134, del 1 giugno). -- Norme tecniche relative all'edilizia scolastica, ivi compresi gli indici

minimi di funzionalità didattica, edilizia ed urbanistica, da osservarsi nella esecuzione di edilizia scolastica

- Decreto Legislativo 19 settembre 1994, n. 626 (disciplina della sicurezza dei lavoratori) art. 33, comma 12

La disciplina dell'igiene pubblica.

L'art. 218 del T.U.LL.SS. (R.D. 1265 del 1934, tutt'oggi in vigore) stabilisce che le norme per la salubrità dell'aggregato urbano e rurale e delle abitazioni sono contenute nei regolamenti locali di igiene e sanità.

Conseguentemente tutti i Comuni si sono dotati nel corso degli anni di appositi Regolamenti di igiene.

I requisiti stabiliti in tali Regolamenti, tuttavia, spesso costituiscono un "doppione" speculare di quanto già stabilito nei Regolamenti edilizi, ai quali i progetti debbono rispondere ai fini dell'ottenimento del provvedimento concessorio.

Di qui la sostanziale disapplicazione del Regolamento di igiene, proprio in ragione del fatto che è in sede di procedimento amministrativo volto all'ottenimento della concessione edilizia che si effettua il primo (ed unico) vaglio di conformità della costruzione agli standards igienici vigenti nel Comune in cui si intende costruire.

La disciplina di bagni per disabili

Come sopra accennato, il legislatore è invece intervenuto con discipline speciali a tutela dei disabili, finalizzate in generale all'eliminazione delle barriere architettoniche.

Più precisamente.

Sin dagli inizi degli anni ` 70, nell'ambito dell'ampia **Legge 30 marzo 1971, n. 118**, recante in generale norme in favore dei mutilati ed invalidi civili, il legislatore sanciva con l'**art. 27** l'obbligo di eliminazione delle barriere architettoniche.

Tale norma, che trovava applicazione solo all'interno degli edifici pubblici o aperti al pubblico, veniva attuata attraverso il successivo **Decreto del Presidente della Repubblica 27 aprile 1978, n. 384**.

Quest'ultimo all'art. 14 conteneva i requisiti specifici per l'eliminazione delle barriere architettoniche nei locali igienici: le prescrizioni della norma risultavano essere molto dettagliate stabilendo nei minimi particolari spazi, dimensioni e attrezzature (la famosa dimensione m.1,80 x m.1,80 è contenuta in questo regolamento).

Circa una decina di anni dopo il legislatore faceva un ulteriore passo avanti.

Emanava infatti un provvedimento specifico in materia: la famosa **legge 9 gennaio 1989 n. 13**, titolata appunto "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati".

La disciplina, la cui applicazione era in questo caso limitata ai soli edifici privati, introduceva nel nostro ordinamento i fondamentali concetti di **accessibilità, adattabilità, visitabilità**.

La disciplina inoltre trova **applicazione solo limitatamente a due ipotesi:**

costruzione di nuovi edifici

ovvero

ristrutturazione di interi edifici

Si rileva a tal fine che giuridicamente è da considerarsi nuovo edificio anche il semplice destinazione d'uso.

Anche in questo caso la legge rinviava ad un atto successivo per la determinazione delle prescrizioni tecniche necessarie a garantire, appunto, i sopra citati obiettivi.

Veniva a tal fine emanato il sopra citato **Decreto Ministeriale Lavori Pubblici 14 giugno 1989, n. 236**, contenente le prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata.

Con il successivo **D.P.R. 24 luglio 1996, n. 503** il legislatore interveniva nuovamente in materia per dettare norme finalizzate all'eliminazione delle barriere architettoniche non solo negli edifici pubblici ma anche negli spazi e nei servizi pubblici.

Relativamente alla progettazione dei servizi igienici pubblici all'art. 8 si richiamava in toto quanto già contenuto nel D.M. LL.PP. 236/'89¹⁶.

Anche in questo caso l'art. 1 comma 3 stabilisce che la disciplina trova applicazione agli edifici e spazi pubblici di **nuova costruzione**

o

a quelli esistenti qualora sottoposti a ristrutturazione.

La norma precisa poi che la disciplina trova applicazione negli edifici e spazi pubblici in tutto o in parte *soggetti a cambiamento di destinazione* se finalizzata all'uso pubblico.

¹⁶ Rileva poi evidenziare che il suddetto D.P.R. espressamente abroga (art. 32) il precedente D.P.R. 27 aprile 1978, n. 384 ed quindi, conseguentemente, viene meno la prescrizione dimensionale di m.1,80 x m. 1,80 come misura minima.

Dalla brevissima analisi sopra riportata emerge che legislazione italiana per la progettazione del bagno presenta le seguenti caratteristiche:

- ◀ relativamente ai servizi igienici per i normodotati manca una disciplina orizzontale uniforme: quindi, seppure in presenza di caratteristiche similari, in linea di principio ogni Comune emana regole proprie., a parte le specifiche norme di settore, in parte sopra riportate, i requisiti per la progettazione e la realizzazione dei bagni trovano disciplina unicamente nei Regolamenti Edilizi comunali.
- ◀ esiste invece una disciplina nazionale per quanto riguarda i disabili che trova applicazione negli edifici pubblici e privati, ma *solo* nell'ipotesi di *nuove costruzioni e ristrutturazioni*