

Rocco Di Santo

Sociologia della disabilità

Teorie, modelli, attori
e istituzioni

Prefazione di Guido Giarelli

RICERCA
SPENDIBILITÀ

Salute e
società



FrancoAngeli

Informazioni per il lettore

Questo file PDF è una versione gratuita di sole 20 pagine ed è leggibile con



La versione completa dell'e-book (a pagamento) è leggibile con Adobe Digital Editions. Per tutte le informazioni sulle condizioni dei nostri e-book (con quali dispositivi leggerli e quali funzioni sono consentite) consulta [cliccando qui](#) le nostre F.A.Q.



collana diretta da Costantino Cipolla

La Collana *Salute e Società* (attiva dal 2002) si inserisce in una rete di natura vasta e plurale in cui molteplici iniziative concorrono, pariteticamente, nel definirne l'identità epistemologica e metodologica. L'approccio di riferimento risulta co-istituito secondo uno studio della salute che non è né strettamente medico, né di stampo puramente economico-sanitario. Le tematiche che ruotano attorno al rapporto fra salute e società, con particolare riguardo alle nuove "culture della salute", al ritorno a forme di pluralismo sanitario come conseguenza della diffusione delle medicine alternative, fanno emergere stili inediti di partecipazione dei cittadini al miglioramento della qualità dei servizi sanitari, ai percorsi di umanizzazione e personalizzazione delle cure. Tale prospettiva rimane inoltre aperta ed attenta ai processi di riforma dei sistemi sanitari attualmente in atto, soprattutto nelle società industriali avanzate, nel contesto del più generale processo di globalizzazione operante anche in campo sanitario.

La Collana *Salute e Società* contempla, all'interno della sua rete di riferimento, le seguenti iniziative, qui segnalate con i rappresentanti che ne compongono il *Consiglio di direzione* (organo fondamentale di coordinamento e di raccordo tra le varie strutture):

- Andrea Antonilli, Susanna Vezzadini (Un. di Bologna), Laurea Magistrale in *Scienze criminologiche per l'investigazione e la sicurezza*;
- Antonio Maturo (Un. di Bologna e Brown University), Rivista *Salute e Società*, quadrimestrale edito in italiano e in inglese (online) da FrancoAngeli;
- Roberto Vignera (Un. di Catania), Delegato AIS, *sezione di sociologia della salute e della medicina*; Tullia Saccheri (Un. di Salerno), Delegato SISS, *Società Italiana di Sociologia della Salute*;
- Leonardo Altieri (Un. di Bologna), Master Universitario di I livello in *e-Health e qualità dei servizi socio-sanitari*;
- Cleto Corposanto (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), *Centro di Ricerca Interdipartimentale sui Sistemi Sanitari e le Politiche di Welfare* (C.R.I.S.P.);
- Sebastiano Porcu (Un. di Macerata), Master Universitario di I livello in *Il coordinamento, la progettazione e la gestione dei servizi di educazione, comunicazione e promozione della salutesalute*;
- Veronica Agnoletti (Un. di Bologna), Centro di Studi Avanzati sull'*Umanizzazione delle Cure e sulla Salute Sociale* (Ce.Um.S);
- Anna Coluccia (Un. di Siena), Master Universitario di I livello in *Funzioni Specialistiche e Gestione del coordinamento nelle Professioni Sanitarie*;
- Paolo Vanni (Un. di Firenze), Storico per la *Croce Rossa Internazionale*;
- Guido Giarelli (Un. della Magna Graecia, Catanzaro), Membro dell'Executive Council R.C. 15, "Sociology of Health" dell'International Sociology Association (ISA).

Attività di Alta Formazione:

- Corso di Alta Formazione in *e-Health, fascicolo sanitario elettronico e reti sociali* (Università di Bologna): Tutor Alberto Ardisson, alberto.ardissone@unimi.it;
- Corso di Alta Formazione in *Promozione della salute nella società interculturale paradigmi, sistemi e professioni sanitarie*: Tutor Alessandro Stievano, astievano@tiscali.it;
- Corso di Alta Formazione in *Dalla programmazione alla progettazione sociale*: Tutor Evarardo Minardi, eminardi@unite.it.

Ognuna delle attività citate fa capo a reti singole e collettive nazionali ed internazionali, accademiche e professionali, sociologiche e di altre discipline che concorrono complessivamente, a vario titolo, alla presente iniziativa editoriale. La Collana, che prevede, per ogni testo, la valutazione di almeno due *referee anonimi*, esperti o studiosi dello specifico tema. Alcuni testi di questa collana sono disponibili in commercio nella versione e-book. Tali volumi sono sottoposti allo stesso controllo scientifico (doppio cieco) di quelli presentati in versione a stampa e, pertanto, ne posseggono lo stesso livello di qualità scientifica.

La Collana si articola in tre sezioni:

Confronti

In questa sezione sono pubblicati testi che fanno della comparazione geografico-istituzionale, storica ed epistemologica il senso della propria elaborazione. L'obiettivo prioritario è valorizzare alcuni principi cardine come: tolleranza, pluralismo competitivo e co-produzione del sapere. La continuità e la coerenza di tale approccio è garantita dalla Rivista *Salute e Società*.

Teoria e metodologia

In questa sezione compaiono testi teorici o di riflessione metodologica sulle dimensioni sociali della medicina di impianto anche interdisciplinare e, comunque, inerenti le scienze umane concepite in senso lato.

Ricerca e spendibilità

In questa sezione sono presentati volumi che riprendono indagini, più o meno ampie, di natura empirica o che investono in un'ottica applicativa e spendibile sia lungo il percorso culturale e co-educativo della divulgazione e della vasta diffusione, sia nella prospettiva dell'incidenza sulla realtà socio-sanitaria o, più in generale, dell'influenza sulla salute/malattia.

Responsabili redazionali: Alessia Manca, alessia.manca@unibo.it; Arianna Scanu, arianna.scanu@gmail.com

Rocco Di Santo

Sociologia della disabilità

Teorie, modelli, attori
e istituzioni

Prefazione di Guido Giarelli

FrancoAngeli

La cura redazionale ed editoriale del volume è stata realizzata da Edi Canestrini.

Copyright © 2013 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. 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 www.francoangeli.it.

Indice

Prefazione , di <i>Guido Giarelli</i>	pag.	9
Introduzione	»	13
Parte I - Fondamenti epistemologici, teorie e modelli		
1. Definire la disabilità	»	19
1.1. Sociologi e disabilità: uno <i>strano</i> rapporto	»	22
1.1.1. L'approccio struttural-funzionalista	»	23
1.1.2. L'approccio conflittualista	»	26
1.1.3. L'approccio interazionista	»	28
1.1.4. L'approccio socio-biologico	»	29
1.1.5. L'approccio connessionista e il quadrilatero di Ardigò	»	30
2. La disabilità nelle classificazioni dell'OMS	»	35
2.1. La Classificazione ICIDH del 1980	»	35
2.2. La Classificazione ICF del 2011	»	40
2.3. Il Paradosso di Gulliver	»	46
3. Quante sono le persone disabili?	»	49
4. Disease, Illness e Sickness: le dimensioni della malattia	»	52
Parte II - Le dimensioni della disabilità		
5. La multidimensionalità del fenomeno	»	59
5.1. Alterazione	»	59
5.2. Limite	»	60
5.3. Handicap	»	61
5.4. Il modello multidimensionale della disabilità	»	64

6. L'Io e la disabilità	pag.	66
6.1. L'Io/Me e il vissuto della disabilità (Dimensione 1)	»	66
6.2. Lo status di disabile (Dimensione 2)	»	68
6.3. Esclusione o partecipazione? (Dimensione 3)	»	71
7. Cura ed assistenza nella cultura occidentale	»	74
7.1. La storia sociale della malattia (Dimensione 4)	»	74
7.2. I limiti dell'assistenza medica (Dimensione 5)	»	78
7.3. Esclusione, istituzioni totali, iatrogenesi e controllo sociale (Dimensione 6)	»	79
7.4. Il rapporto medico-paziente: istruzioni e soggettività perduta	»	83
8. Società e disabilità	»	87
8.1. Storia sociale della disabilità (Dimensione 7)	»	87
8.1.1. Dalla preistoria all'anno zero cristiano	»	88
8.1.2. Dal Medioevo all'età moderna	»	89
8.1.3. Dall'età moderna al XXI secolo	»	90
8.1.4. Gli ultimi decenni: principi costituzionali e leggi per la tutela dei disabili	»	93
8.2. Pregiudizio, stereotipo e stigma (Dimensione 8)	»	94
8.2.1. Il pregiudizio e lo stereotipo: una netta distinzione	»	95
8.2.2. Le basi del pregiudizio	»	96
8.2.3. Il pregiudizio secondo Tajfel	»	97
8.2.4. Allport: categorizzazione e "capro espiatorio"	»	98
8.2.5. Stigma e disabilità in Goffman	»	100
8.3. Disabilità e istituzioni (Dimensione 9)	»	101
8.3.1. La famiglia: caregivers tra burden e burnout	»	104
8.3.2. I servizi sociosanitari	»	108
8.3.2.1. La qualità di un servizio sociosanitario: handicap vs inclusione sociale	»	112
8.3.3. La Scuola, l'educazione e l'assistenza educativa	»	114
8.3.4. Mass media ed handicap/inclusione	»	120

Conclusioni	pag. 127
Bibliografia e sitografia di riferimento	» 131

Prefazione

Forse mai come nelle società tardo-industriali contemporanee, nelle quali la salute diviene una precondizione per l'integrazione sociale ed il salutismo una sorta di imperativo sociale che costringe l'individuo ad un faticoso lavoro di cura della propria immagine e della propria capacità di performance, il problema della disabilità assume una dimensione sociologicamente così rilevante. Esso rappresenta, infatti, la cartina al tornasole del grado di accettazione della diversità e di pluralismo culturale di una determinata società: consentendoci quindi di misurare fino a che punto i processi di normalizzazione sociale e di omologazione culturale siano riusciti a cancellare ogni residua traccia di differenza. Che tali processi, nelle società contemporanee, si siano spinti ben oltre i confini, un tempo consentiti, costituisce purtroppo il patrimonio comune e l'esperienza consolidata di tante persone disabili, operatori professionali e servizi sociali e sanitari, al di là delle ipocrite denominazioni più o meno *politically correct*...

Ben venga dunque il lavoro di Rocco Di Santo che qui presentiamo, e che ha il pregio di costituire anzitutto una approfondita e sistematica riflessione sul tema della disabilità dal punto di vista sociologico, ma aperto all'integrazione con altre prospettive disciplinari. L'autore ripercorre infatti i principali approcci teorici alla disabilità che la sociologia (e non solo) ha messo in campo, evidenziandone pregi e limiti con equilibrio e spirito critico. Egli non cade, infatti, nella trappola di voler contrapporre un presunto modello sociale della disabilità a quello biomedico tradizionale; né si accontenta di riproporre pedissequamente le varie classificazioni (ICIDH 1 e 2, ICF) che l'OMS ha proposto in questo ambito. Ben consapevole di quello che l'autore definisce il "Paradosso di Gulliver", ovvero del possibile dilatarsi del concetto di disabilità a seconda del contesto e del parametro di riferimento fino ad includere tutti gli individui, egli intraprende un percorso analiticamente ed epistemologicamente ben fondato su di un approccio di tipo connessionista e sulla triade multidimensionale della malattia *illness/disease/sickness*.

E qui si colloca il contributo certamente più rilevante dell'autore, che ha saputo rielaborare le categorie concettuali proprie degli approcci indicati per applicarle più specificatamente al problema della disabilità: individuando quella che definisce una "tripartizione della disabilità", ovvero *alterazione*, *limitazione* ed *handicap*, per arrivare a definire un modello multidi-

mensionale della disabilità, 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" (come lo definisce l'autore) 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.

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.

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. Sino a che punto, ad esempio, tale limitazione viene rifiutata o, al contrario, assunta quale parte integrante della identità dal soggetto stesso? Sino a che punto la medicina è disposta a riconoscere i propri limiti nelle sue possibilità d'intervento sulla malattia e sulla disabilità? Sino a che punto la società utilizza stereotipi, pregiudizi e processi di stigmatizzazione quali strumenti per difendersi dal rischio di

dover ammettere i limiti ed i confini impliciti nei propri processi di inclusione/esclusione sociale?

E, infine, il concetto di *handicap* inteso come barriera alle possibilità di piena esplicazione di quelle che Amartya Sen e Martha 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 corporeo.

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 ai quali, siamo certi, l'autore potrà continuare ad offrire il proprio contributo.

Guido Giarelli

Università “Magna Græcia”, Catanzaro, 12 ottobre 2012

Introduzione

Quelli che vanno nella mia scuola sono stupidi. Solo che non mi è permesso dirlo, anche se è vero. Vogliono che dica che hanno delle difficoltà di apprendimento o hanno delle esigenze particolari. Il termine tecnico esatto è Gruppo H. Questa sì che è una cosa stupida, perché tutti hanno dei problemi nell'apprendimento, perché imparare a parlare Francese o capire il principio della Relatività è difficile, ed è altrettanto vero che ognuno ha delle esigenze particolari, come mio padre che deve portarsi dietro delle pillole di dolcificante da mettere dentro il caffè per non ingrassare, oppure la signora Peters che gira sempre con un apparecchio acustico color crema, o Siobhan che ha degli occhiali talmente spessi che ti fanno venire il mal di testa se li provi, e nessuna di queste persone viene classificato come Gruppo H, anche se hanno delle esigenze particolari. Siobhan però mi ha spiegato che dobbiamo usare queste espressioni perché la gente aveva l'abitudine di chiamare i bambini come quelli che stanno nella mia scuola con parole veramente orribili come spastici o stupidi o mongoli. Ma anche questo è stupido perché qualche volta i bambini che frequentano la scuola in fondo alla via ci vedono passare per strada quando scendiamo dal pulmino e ci urlano dietro «Gruppo H! Gruppo H!»

Haddon M. [2003: 57]

La riflessione di Christopher, protagonista del romanzo *Lo strano caso del cane ucciso a mezzanotte* di Mark Haddon, richiama la questione della *diversità* e della vasta gamma di termini utilizzati nel gergo tecnico e popolare per intendere tutto ciò che differisce dalla *normalità* attesa. Termini spesso utilizzati come sinonimi, con un uso improprio, sproporzionato, inadatto, politicamente scorretto, forse perché alla base non c'è una chiara condivisione di definizioni e una esatta precisazione dei confini tra ciò che è considerato normale e ciò che è inteso come *a-normale* o *diverso*.

È chiaro che le parole vivono una loro *moda* in cui i termini sono prima conati, poi utilizzati in modo inflazionistico e poi considerati scorretti e desueti. Le terminologie vivono un proprio ciclo naturale che dapprima assumono un significato positivo, poi progressivamente si trasformano in etichette e si caricano di un loro significato negativo. Per ritornare all'esempio precedente, Christopher (bambino autistico ad alto funzionamento) nota

come un'espressione tecnica, *Gruppo H*, diventa motivo di insulto e di distinzione.

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 comportamentali della massa. Inoltre, la parola *disabilità* vede un corollario di termini strettamente connessi che tendono ad esprimere significati e significanti simili ma non uguali tra loro, come: *handicap*, *stranezza*, *diversabilità*, *inabilità*, *diversamente abile*, *menomazione*, *minorazione*, *incapacità*, *limitazione*, *malattia*, ecc. Concetti e fenomeni distinti, utilizzati come sinonimi anche se non è vi è una reale sinonimia.

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.

Chiunque vive e lavora a stretto contatto con la *disabilità* può confermare la complessità, l'ampiezza e la sua dinamicità. A tal fine, il lavoro qui presente è orientato a scomporre, analizzare e ricomporre le varie dimensioni del fenomeno, senza tralasciare i nessi e le varie relazioni delle sue componenti. Un modo, per far acquisire al termine un suo significato scervo e neutrale.

Il nucleo della questione verte sulla definizione della *disabilità* intesa in senso poliedrico mediante una matrice che interseca le "dimensioni della malattia" (*Illness-Disease-Sickness*), con una "nuova" tripartizione che considera tre aspetti della *disabilità*: l'*Alterazione*, la *Limitazione* e l'*Handicap*. Un incrocio che produce nove *nessi* in cui è possibile distinguere sia il *riconoscimento* dello status di *disabile* sia l'*etichetta* che viene attribuita al soggetto da parte della società in cui vive (ovvero l'*handicap*, che ha come suo opposto l'*inclusione sociale*). *Malattia* e *disabilità*, dunque, si mostrano come fenomeni strettamente connessi i quali vivono una completa osmosi, pur conservando le loro peculiarità.

Per questo, le dimensioni proposte permettono di distinguere: il vissuto della patologia da parte dell'attore sociale, la "carriera" di paziente e di *disabile*, la visione biomedicocentrica; il controllo sociale, l'*handicap* come manifestazione dell'esclusione e dell'istituzionalizzazione.

Un'esplorazione, dunque, che ha inizio con la storia delle varie classificazioni internazionali redatte dall'Organizzazione Mondiale della Sanità; procede con la tripartizione *Illness-Disease-Sickness*; si conclude con

l'approfondimento di nove varchi che aprono la strada ad una lettura dei vari aspetti della questione.

I capitoli si distinguono: per la differenza degli argomenti trattati e per le variegiate teorie degli autori che hanno affrontato il tema esplicitamente ed implicitamente. Osservazioni, riflessioni e nessi coadiuvati da dati statistici, riferimenti normativi, teorie psicologiche, riferimenti storici, riflessioni filosofiche e considerazioni antropologiche.

Un percorso che ha le caratteristiche di una introduzione per un lavoro da integrare, (ri)valutare, accrescere nel tempo e soprattutto rendere spendibile per tutte le figure professionali che operano nell'ambito sociale, sanitario, assistenziale e scolastico. Per questo, il lavoro si rivolge a tutti coloro che quotidianamente si "sporcano" le mani con la disabilità e l'emarginazione sociale. Il fine è quello di fornire una chiave di lettura sociologica ad un fenomeno complesso, dinamico e multidimensionale.

Un lavoro che è stato possibile grazie agli insegnamenti ed al sostegno di alcuni esperti dell'argomento, oltre alla ricca bibliografia.

Un viaggio chiaramente teorico che ha trovato ispirazione nelle esperienze personali e professionali. Un viaggio verso dimensioni che offrono tante incognite e che ci aiutano a capire come il complesso fenomeno della disabilità si interseca con la vita quotidiana di ognuno di noi, se pur in modo inconsapevole.

Sento il dovere di ringraziare tutti coloro che in questi anni mi sono stati di supporto e incoraggiamento (anche se inconsapevolmente) consentendo ampie riflessioni e permettendo continue revisioni. In particolare ringrazio: Cosimo Minonni e l'ENFOR per il contributo offerto e soprattutto per la loro ricchezza umana; Renato Cerbo, Carlo Calzone, Peppino Grieco e Carmine Clemente per le diverse opportunità di crescita professionale; Flavia Caretto, Pasquale Marino e Rosalba Passarelli per i tanti suggerimenti e le preziose indicazioni; Costantino Cipolla, Antonio Maturo e i docenti del master di Bertinoro, origine del mio *sapere* sociologico; Guido Giarelli per l'incoraggiamento, il supporto e i luminari consigli. Inoltre, un particolare ringraziamento va a Raffaella per la pazienza mostrata e perché crede in ciò che faccio. A lei dedico l'intero lavoro.

Matera - Roma, ottobre 2012

*Parte I - Fondamenti epistemologici,
teorie e modelli*

1. Definire la disabilità

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.

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 diseguaglianza.

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 e contenere 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