



UNIVERSITÀ DEGLI STUDI DI PADOVA

**DIPARTIMENTO DI FILOSOFIA, SOCIOLOGIA, PEDAGOGIA E PSICOLOGIA
APPLICATA - FISPPA**

**CORSO DI STUDIO IN SCIENZE DELL'EDUCAZIONE E DELLA FORMAZIONE
CURRICOLO EDUCAZIONE SOCIALE E ANIMAZIONE CULTURALE (EAS)**

Relazione finale

L'INCLUSIONE SOCIALE E LAVORATIVA DELLE PERSONE CON DISABILITA'

RELATORE

Prof. Spano Ivano

LAUREANDA Maran Benedetta

Matricola 1052737

Anno Accademico 2015/2016

INDICE

INTRODUZIONE	1
CAPITOLO 1: LE RAPPRESENTAZIONI DELLA DISABILITA' NELLA SOCIETA'	3
1.1 La disabilità: il pensiero di Gardou, Mercier, Morvan e Lepri	3
1.1.1 I modelli di Gardou	4
1.1.2 Mercier: distinzione tra immagine e rappresentazione.....	5
1.1.3 Morvan: le rappresentazioni sociali nelle relazioni.....	6
1.1.4 Lepri: le rappresentazioni della disabilità nel tempo.....	7
1.2 La disabilità nella società: l'apporto della sociologia	8
1.2.1 Parsons: Il "sick role"	9
1.2.2 Gordon: l'"Impaired role"	11
1.2.3 Radley: L'approccio alla cronicità.....	11
1.2.4 Barnartt: <i>status</i> dominante	13
1.2.5 Goffman: la disabilità come stigma	14
1.2.6 Modello sociale della disabilità	14
CAPITOLO 2: L'INCLUSIONE SOCIALE.....	17
2.1 La prospettiva inclusiva	17
2.1.1 Accoglienza.....	18
2.1.2 L'immaginario	20
2.1.3 Il progetto	21
2.1.4 L'educazione	22
2.1.5 Il ruolo	23
CAPITOLO 3: L'IMPORTANZA DEL LAVORO NELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITA'	25
3.1 L'importanza della dimensione lavorativa nel tempo	25
3.1.1 Il lavoro come strumento di cura	25
3.1.2 Il lavoro come approccio riabilitativo.....	26
3.1.3 L'esperienza lavorativa per promuovere il benessere personale	27
3.1.4 La formazione dell'identità	28

3.1.5 Responsabilità e autonomia	29
CONCLUSIONI	31
BIBLIOGRAFIA	33

"La sfida fine a se stessa (ovvero
l'imperativo alla moda) di
superare i limiti nasce dalla paura
di accettarli. E mai come nella
nostra epoca l'oltrepassamento
dei confini è la fuga dal loro
riconoscimento."

Giuseppe Pontiggia

INTRODUZIONE

Il lavoro di ricerca che andrò ad esporre, trae origine dall'esperienza di tirocinio che ho cercato di orientare secondo le mie attitudini non solo dal punto di vista degli studi universitari, ma anche nel considerare valori che ritengo fondamentali per la mia vita e per quella degli altri.

Nell'ottica di questa premessa la mia scelta è ricaduta sull'associazione ANFFAS attiva a Mestre con la comunità il Girasole, nella quale l'equipe degli operatori che si occupa della formazione, ha delineato un progetto di inserimento lavorativo per le persone con disabilità con la finalità di rispondere al bisogno di progettualità per i giovani disabili che, dopo una carriera scolastica più o meno di successo ma comunque focalizzata all'integrazione, non trovano opzioni orientate a mantenere l'inclusione nella comunità.

Gli argomenti trattati nell'analisi di letteratura riguardano, nel primo capitolo, le rappresentazioni della disabilità, come si sono succedute nel tempo e infine l'apporto della sociologia secondo il pensiero di alcuni autori che ritengo fondamentali per il loro contributo.

Nel secondo capitolo, relativo all'inclusione sociale, propongo alcuni aspetti che possano favorirla e che rispondano al bisogno di normalità delle persone con disabilità.

Nel terzo capitolo relativo all'importanza dell'esperienza lavorativa per le persone disabili, approfondisco come questa sia fondamentale sotto diversi punti di vista per favorire la costruzione dell'identità personale e sociale, per favorire il senso di autonomia e responsabilità, per ricoprire un ruolo e rispettare gli incarichi che ne derivano e infine per acquisire fiducia nelle proprie capacità.

CAPITOLO 1

LE RAPPRESENTAZIONI DELLA DISABILITA' NELLA SOCIETA'

1.1 La disabilità: il pensiero di Gardou, Mercier, Morvan e Lepri

Come insegna il noto psicologo e autore contemporaneo Serge Moscovici, le rappresentazioni sociali esprimono la costruzione di un oggetto sociale modificato e reinterpretato da parte di una comunità. La finalità della rappresentazione sta nel poter favorire la comunicazione da parte della collettività circa l'oggetto costruito socialmente, in particolare una delle principali finalità è la necessità di prendere decisioni importanti su un tema che riguarda la collettività stessa. Per disabilità si intende "la condizione di chi, in seguito a una o più menomazioni, ha una ridotta capacità d'interazione con l'ambiente sociale rispetto a ciò che è considerata la norma, pertanto è meno autonomo nello svolgere le attività quotidiane e spesso in condizioni di svantaggio nel partecipare alla vita sociale" (Dizionario di Economia e Finanza, 2012, Treccani).

E' partendo da queste definizioni che si pongono le premesse per comprendere come le rappresentazioni della disabilità odierne siano il risultato della rielaborazione di immagini che nel tempo gli uomini hanno costruito per dare un senso a questo fenomeno, pertanto comprendere e analizzare le interpretazioni che nel tempo e nell'evoluzione del pensiero pedagogico sono state attribuite alla disabilità è necessario per capire quali comportamenti sono stati un ostacolo oppure hanno favorito la partecipazione degli individui alla vita della società contemporanea.

Delineare come, da parte di vari autori contemporanei, è stata rappresentata la disabilità è utile ai fini di comprendere come i problemi che vengono attribuiti alle persone disabili da parte dell'organizzazione

sociale, siano frutto anche delle rappresentazioni sedimentate nel processo storico.

1.1.1 I modelli di Gardou

Il professor Charles Gardou, direttore dell'Istituto Francese per le Scienze e le Pratiche di Educazione e Formazione, propone nella sua opera una riflessione a tutto tondo sulla disabilità e sull'handicap che inquadra queste problematiche all'interno di vari modelli, posti in relazione tra loro. L'handicap e la disabilità vengono analizzati rispetto ai modelli della disabilità ontologico e relazionale, esogeno ed endogeno, additivo e sottrattivo, malefico e benefico.

A proposito del modello ontologico, l'handicap è considerato un problema individuale, considerato come problema che richiede una terapia medica ai fini dell'adattamento della persona, del cambiamento dei suoi comportamenti e della normalizzazione.

Nel modello relazionale, invece, sebbene il deficit non venga negato o tenuto nascosto, esso viene interpretato come il risultato dell'alterazione di un equilibrio, di conseguenza, il processo di miglioramento passa in primo luogo attraverso lo stabilirsi di un nuovo equilibrio relazionale.

Altri due modelli proposti sono il modello esogeno e quello endogeno. Nel modello esogeno l'handicap viene rappresentato come il risultato dell'azione di un fattore esterno che ha causato la situazione disabilitante. Si tratta quindi di comprendere da cosa derivi la disabilità: se all'ambiente, dal modo di vivere o dalla cultura.

Nel modello endogeno invece la natura del "problema" viene ricercata sulla persona, la disabilità è vista come frutto di un processo che riguarda il soggetto.

Nel modello additivo ci si focalizza sull'handicap come un elemento che riguarda sia il corpo che lo spirito. La disabilità è qualcosa che la persona riceve come un carico ("portatore di un handicap") e sono le concezioni di troppo, di eccesso, a fornire l'interpretazione.

Nel modello sottrattivo invece, che propone una visione in contrasto con il modello precedente, l'handicap è considerato come qualcosa che manca, che è stato sottratto alla persona. Questo modello rimanda a una visione della disabilità come incapacità, privazione, deficit carenza o mancanza da compensare: predominare sono le nozioni di assenza, soppressione, perdita, sottrazione, vuoto.

Altra accezione è proposta dalle rappresentazioni secondo il modello malefico che considerano la disabilità come oggetto di svalutazione, condizione di umiliazione e di vergogna, che diventa una ragione di condanna. L'handicap secondo questo modello è considerato un male assoluto, una devianza biologica e sociale. La persona disabile è percepita come un essere socialmente svalutato, sfasato rispetto all'ordine culturale vigente. Al contrario, nel modello benefico, viene attribuita all'handicap un'accezione positiva perché svolge una funzione di stabilità sociale. La disabilità viene vissuta come un'esperienza particolarmente feconda e significativa di conoscenza, superamento, trasfigurazione di sé, occasione di scoperta di mondi invisibili.

1.1.2 Mercier: distinzione tra immagine e rappresentazione

La riflessione che offre Mercier segna una divisione tra immagine (rappresentazione cognitiva individuale) e rappresentazione sociale (struttura socialmente determinata all'interno di una società, che determina le inclinazioni e le opinioni a proposito degli individui e della società).

Mercier (1999) utilizza alcune immagini per definire la rappresentazione dell'handicap, la prima riguarda l'immagine semiotica che attribuisce alle persone con disabilità fisica il fotogramma di un corpo incapace di fare, mentre gli individui con disabilità mentale sono identificati attraverso l'immagine della follia. Un'altra rappresentazione riguarda l'immagine della figura da sostenere cioè quando la persona disabile viene considerata come un bambino che non è in grado di godere della propria autonomia e di introdursi nella vita sociale. L'immagine secondaria invece acuisce la dimensione dell'assistenza tecnica e degli strumenti compensatori; l'immagine affettiva e relazionale infine, riflette il modo in cui viene percepito il vissuto affettivo della persona disabile, per immagine relazionale si intende quindi ciò che comporta le relazioni affettive che la società intrattiene con le persone disabili.

1.1.3 Morvan: le rappresentazioni sociali nelle relazioni

Morvan (1988) determina cinque diversi tipi di rappresentazioni sociali che sottolineano le numerose rappresentazioni di handicap, che evidenziano l'influenza che queste hanno nelle rapporti sociali con le persone:

- *rappresentazioni che riconducono l'handicap a delle protesi tecniche o istituzionali*: si riconducono alla prospettiva tradizionale che vede la disabilità in termini di assistenza e dipendenza;
- *rappresentazioni che riducono l'handicap a degli effetti di sofferenza*: viene evidenziato il senso della perdita della normalità, e l'incapacità come esito della sofferenza;
- *rappresentazioni sociali che sono ispirate da principi classificatori*, come ad esempio "Down": l'accento viene messo sulla categoria definitoria e generale e non sulla persona;

- *rappresentazioni che sono fonte di esclusione*: mettono in evidenza l'aspetto deficitario e l'incapacità, dai quali deriva che solo alcune attività possono essere adatte alle persone disabili;
- *rappresentazioni sociali che assimilano la persona disabile al bambino*: questa interpretazione si basa sulla rappresentazione della disabilità come incapacità e dipendenza tipica del bambino, che nega la possibilità di sviluppo e di esperienza in quanto individuo adulto.

1.1.4 Lepri: le rappresentazioni della disabilità nel tempo

Nel libro *Viaggiatori inattesi* (2011) Carlo Lepri ha presentato un *excursus* storico sulle rappresentazioni della disabilità, che evidenzia come i segni delle rappresentazioni collettive si siano succedute nel corso del tempo e siano presenti nelle proposte riabilitative messe in atto ancora oggi.

Secondo l'autore, la persona disabile può essere vista come:

- *l'errore della natura*: la disabilità è riconosciuta come un errore della natura ascrivibile a qualcosa che non ha funzionato a dovere nelle leggi che regolamentano la materia e l'universo. "La società non si pone la questione della presenza delle persone disabili, perché non avendo ancora risolto i problemi legati alla sopravvivenza delle persone sane sembra non avere alcuna remora nel sopprimere i suoi figli deformati, è la versione predominante fino al 1700" (Paolini, 2009, p.44);
- *il figlio del peccato*: l'altro viene visto come un individuo diverso dagli altri e trova una ridefinizione attraverso la rappresentazione religiosa della vita all'interno della quale la malattia e la malformazione sono, allo stesso tempo, segni del peccato e della sua giusta espiazione.
- *il selvaggio*: le categorie di persone in difficoltà (anormali, ciechi, idioti e in particolare i *sauvage*) diventano oggetto di indagine all'inizio dell'Illuminismo, introducendo un nuovo modo di considerare la persona con disabilità nell'immaginario collettivo. Attraverso il razionalismo

illuminista il disabile diviene oggetto di interesse e di curiosità. Da una parte c'è la ricerca della diversità per studiarla, dall'altra c'è lo sforzo di annullarla educando l'altro ad assumere comportamenti conformi.

- *il malato*: il contesto sociale conferisce alla medicina il dovere di definire cosa è adeguato e cosa no, rispetto alla normalità. Nascono le istituzioni con compiti di cura e normalizzazione, come orfanotrofi, ospedali, manicomi, in cui lo Stato si affianca al compito precedentemente svolto dalla Chiesa.

- *l'eterno bambino*: il periodo successivo alla seconda guerra mondiale e alla nascita dello stato sociale è caratterizzato da un diffuso programma di assistenza sociale, che porta le famiglie ad avere un ruolo più attivo e al contempo produce un'immagine nuova della persona disabile, visto come un eterno bambino. La rappresentazione della persona disabile come un bambino da proteggere è connessa ad un'organizzazione sociale che, non prevedendo ruoli sociali attivi nel mondo degli adulti per le persone disabili, non può favorire la crescita e lo sviluppo.

- *la persona*: prende piede, infine, l'idea dell'integrazione della persona nei diversi ambiti della vita, dalle pari opportunità fino al diritto al lavoro. È una fase caratterizzata dall'attenzione all'uomo e ai suoi bisogni, e per le persone disabili si comincia a parlare di "bisogni di normalità".

1.2 La disabilità nella società: l'apporto della sociologia

La sociologia offre un importante approfondimento rispetto al ruolo che è stato attribuito alle persone disabili, anche se le sue ricerche hanno dedicato prevalentemente più spazio allo studio della salute, della medicina e dei sistemi socio sanitari che della disabilità in senso stretto.

Il pensiero sociologico che viene presentato di seguito comincia dalla definizione di *sick role* e, attraverso i promotori del modello sociale della

disabilità, traccia il ruolo che l'ambiente ha nei confronti della determinazione della condizione di disabile.

1.2.1 Parsons: Il “*sick role*”

Il sociologo Talcott Parsons (1981) definisce la malattia come un'alterazione del normale funzionamento dell'individuo nel suo complesso, in quanto comprende sia lo stato dell'organismo come sistema biologico, sia i suoi adattamenti personali e sociali.

L'autore spiega questo concetto sviluppandolo secondo tre dimensioni:

- *illness*: riguarda la percezione soggettiva del proprio sé, a seguito delle modifiche dell'organismo e in previsione delle conseguenze che potrebbero avere sulle funzioni sociali;
- *disease*: dimensione biologica, che attiene al corpo e può essere osservata e descritta in base a categorie mediche, che rivelano lo scostamento dell'organismo biologico e delle funzionalità dai normali standard;
- *sickness*: si riferisce al mancato assolvimento delle attività connesse con il ruolo ricoperto all'interno della società.

“Esistono quindi tre livelli di malattia collegati tra loro:

1. la possibilità di distinguere, a livello biologico, la deviazione dalla norma;
2. l'esperienza della persona;
3. la mancata possibilità di ricoprire i ruoli attesi all'interno della società.

L'ultimo aspetto risulta fondamentale poiché è attraverso i ruoli che la società cerca di conservare il proprio ordine sociale, stabilendo regole, norme e sanzioni” (Bertolazzi, 2004, p.55).

Il modello elaborato da Parsons dimostra come la *salute* venga rappresentata come uno stato di capacità ottimale, dove un individuo è in grado di eseguire i compiti per i quali è stato socializzato: la società quindi funziona solo se ciascuno svolge, in maniera adeguata, i propri ruoli. Quando ciò non accade, si può riscontrare una devianza dal ruolo istituzionale e dalle aspettative sociali collegate e, per tutto questo, viene definito uno specifico ruolo: il *sick role*.

“La malattia diviene quindi una parte integrante dell'equilibrio sociale e causa problematiche al funzionamento *normale* dell'individuo a livello non solo biologico ma anche sociale” (Parsons, 1981, p.440).

Il *sick role* ha alcune peculiarità alle quali l'individuo deve adattarsi assumendo i doveri insiti nel ruolo che riguardano il riconoscimento della propria condizione come indesiderata, cercando un aiuto in grado di ristabilire il suo funzionamento e impegnandosi nel favorire la collaborazione con istituzioni terapeutiche ai fini della guarigione.

Ad ogni ruolo sono attribuiti anche dei diritti, in questo caso comprendono l'esonero dal dover rispondere ai ruoli sociali, tra i quali anche quelli che riguardano l'occupazione lavorativa e, d'altra parte, il riconoscimento della non responsabilità della persona che si trova in questa condizione.

Ciò che differisce il malato dal deviante, o per meglio dire chi volontariamente si pone fuori dalla norma, è l'intenzionalità: il paziente, che non sa cosa deve fare, si affida al medico che, grazie al suo addestramento e alla sua esperienza, è qualificato ad aiutarlo, in tal modo egli esclude un coinvolgimento di una qualsivoglia intenzionalità, in quanto riconosce di non essere autosufficiente; la devianza al contrario, nonostante anche questa condizione allo stesso modo sconfini da quella che da tutti è considerata la normalità, implica una volontarietà, un'intenzione.

Secondo questo modello, la malattia e la salute divengono una parte fondamentale del sistema sociale, dei ruoli e delle aspettative che lo riguardano.

1.2.2 Gordon: l'“*Impaired role*”

Nell'*Impaired role* di Gordon (1966) l'impedimento dell'individuo è costante nel tempo, egli non deve adempiere alle normali responsabilità inerenti ai ruoli, ma deve solo mantenere atteggiamenti normali nei limiti delle sue condizioni di salute.

L'individuo non ha lo scopo di “voler” guarire, quanto piuttosto cercare di sfruttare al massimo le proprie capacità residue. Il ruolo, in questo caso, assimila al concetto di riabilitazione, e tenta di massimizzare il benessere, mantenendo il controllo delle proprie condizioni e prevenendo complicazioni.

1.2.3 Radley: L'approccio alla cronicità

“La cronicità può essere definita come una condizione patologica che può solo peggiorare. Di fronte ad essa si può solo parlare di come gli individui possono riuscire ad adattarvisi” (Saviola e De Tanti, 2009, p.137).

La malattia in questo caso non è limitata temporalmente, ma si prolunga nel tempo e diventa parte integrante della vita della persona. Può presentarsi con sintomi diversi a seconda dello stato in cui si trova, ossia al momento della sua insorgenza oppure in fase più avanzata; il malato cronico si trova quindi sia nella condizione di paziente che di sofferente.

La condizione del disabile inteso come paziente deriva dall'interazione della persona con la realtà sanitaria indipendentemente dal momento della malattia in cui questa interazione si verifica.

La seconda condizione, quella di persona che soffre per la disabilità riguarda invece il contesto in cui la persona è inserita e le relazioni che in questo contesto instaura.

Non si può prescindere nella considerazione della condizione della disabilità come cronica dalle modalità più disparate di adattamento alla malattia che sono determinate dalle fluttuazioni insite alla cronicità stessa, che costituiscono un fattore rilevante per la sua comprensione.

L'approccio elaborato da Radley (1994) identifica quattro stili di adattamento:

1. *il guadagno secondario*: stile che viene messo in atto quando le fasi di inattività della malattia vengono giustificate dal perseguimento di altre occupazioni che sono gratificanti per l'individuo;
2. *il diniego attivo*: la persona attraverso le attività sociali cerca di combattere la sua condizione e minimizza i suoi sintomi o le implicazioni della propria condizione;
3. *la rassegnazione*: il decorso della malattia causa la perdita delle attività sociali.
4. *l'accomodamento*: in cui si cerca di integrare la malattia nella sfera vitale, attraverso la rielaborazione dei propri obiettivi;

"Il verificarsi di una o dell'altra possibilità dipende dall'importanza che hanno gli obiettivi per la persona che li persegue, e dal grado con cui la malattia intacca la normalità della vita a seconda delle opportunità, delle risorse disponibili e dei ruoli ricoperti" (Ferrucci, 2004, p.44).

Radley considera il concetto di cronicità facendo leva su vari capisaldi della sua teoria che mirano a riconoscere al malato, almeno sul piano teorico, un ruolo attivo nell'adattamento alla sua condizione. Egli spiega come la comprensione della disabilità non possa prescindere dal significato soggettivo attribuito dal disabile stesso alla propria

condizione. Il significato che il disabile attribuisce alla propria condizione comporta una variabilità di stili di adattamento che vengono determinati non solo dal sistema culturale, ma anche dall'interazione con l'esperienza di vita soggettiva, e da un punto di vista più tangibile dalla relazione che il disabile ha con il proprio corpo e con la propria dimensione organica. Le forme di adattamento che ne derivano sono una pluralità di adattamenti diversi, più pertinenti al contesto del singolo rispetto agli altri approcci.

1.2.4 Barnartt: *status dominante*

Nell'approccio di Barnartt la disabilità viene definita come una condizione sociale assegnata dalla società a quelle persone che manifestano deficit fisici o mentali. "È una condizione dominante che influenza le altre attribuzioni di ruolo, tanto che diventa difficile per le persone rivestire ruoli alternativi" (Barnartt, 2001, p.57), questo approccio quindi cerca di comprendere quali sono le motivazioni per cui la disabilità diventa uno *status dominante*.

"Secondo Barnartt, l'egemonia dello status di disabile si manifesta nella sua funzione di meccanismo allocativo che agisce mediante: l'esclusione da taluni ruoli sociali, l'attribuzione di altri e la maggiore probabilità di coprirne altri ancora proprio in virtù dello status di disabile. Ci sono diversi fattori secondo i quali la disabilità può diventare uno *status dominante* e sono: la visibilità o non visibilità del deficit da parte degli altri soggetti e la rivelazione o non rivelazione della condizione di disabilità effettuata dal diretto interessato per il quale" (Ferrucci, 2004, p. 46 e p.48)

1.2.5 Goffman: la disabilità come stigma

L'approccio che propone Goffman dimostra il carattere relazionale della disabilità, più precisamente quando un individuo viene etichettato come deviante, a causa di un comportamento che si discosta dalle norme sociali e condivise.

Secondo Goffman lo stigma è un genere particolare di rapporto tra l'individuo e lo stereotipo, che produce discredito nei confronti di chi ne è portatore.

Per l'autore la società è un gruppo di individui che condivide gli stessi valori e aderisce a delle norme sociali comuni che determinano le condotte. "Coloro che non condividono questi valori sono considerati come devianti e, di conseguenza, vengono stigmatizzati" (Goffman, 1970, p. 213). "Tale categorizzazione, però, non si fonda sulle capacità dell'individuo, ma su un giudizio aprioristico costruito in base alle caratteristiche mostrate dai soggetti" (Di Santo, 2013, p.28).

Nel testo, Goffman (1963) sostiene che a colui che non condivide i normali valori della società in cui è inserito sia chiesto di accettarsi senza imbarazzo, come se fosse uguale alle persone normali tuttavia è egli che evita volontariamente tutte quelle situazioni in cui le persone normali troverebbero difficile simulare la loro accettazione nei suoi confronti.

La normalità dell'azione è secondo Goffman una normalità fantasma basata su *un'accettazione fantasma*, perché l'agire della persona disabile sembra attenersi ad un copione già scritto per lui dalla società.

1.2.6 Modello sociale della disabilità

Il modello sociale della disabilità offre una risposta alle tante restrizioni e discriminazioni che hanno dovuto subire le persone con disabilità e lotta per i loro diritti: il modello sociale è un punto di riferimento per tutti coloro che vogliono descrivere la diseguaglianza e distinguere le barriere (che

rendono disabili) dalle singole incapacità, in modo da poter concentrare l'attenzione su ciò che nega i diritti umani e civili, e sulle conseguenti azioni che è necessario intraprendere.

Per non soffermarmi in un'analisi troppo dettagliata che sconfinerebbe in un ambito ultra specialistico, evidenzio alcuni tratti caratteristici di queste interpretazioni, utili allo scopo della nostra ricostruzione:

- *versione inglese del modello sociale*: si occupa di analizzare la struttura sociale l'impatto che questa ha sulle persone con disabilità sostenendo la necessità di intervenire a livello strutturale per favorire le persone disabili;
- *minority group*: la versione americana considera con maggiore interesse i ruoli sociali e gli atteggiamenti che portano al fallimento nell'accettazione delle persone disabili;
- *modello della menomazione*: si concentra sull'importanza della menomazione che differenzia le persone con disabilità da quelle senza disabilità. Si tratta di una prospettiva non ancora sviluppata, ma che è stata utilizzata come punto di partenza per molte ricerche che hanno indagato l'incidenza di alcune particolari forme di malattia;
- *modello di vita indipendente*: ciò che si propone di evidenziare questo approccio è la volontà di non uniformarsi alle aspettative di ruolo, l'attenzione ai condizionamenti dell'ambiente, l'autotutela e l'abbattimento delle barriere, e la perseveranza sull'indipendenza.
- *de-costruzionismo post-moderno*: sostiene che sia fondamentale ripensare il modello sociale, conservando come punto fermo che la soluzione dei problemi deve essere cercata attraverso interventi sui fattori ambientali. Inoltre gli autori di questo modello ribadiscono la necessità di far emergere una identità politica che fornisca alle persone disabili un *empowerment* che legittimi il loro ruolo nella società.
- *il continuum*: Zola (1993) propone una strategia universalizzante, proponendo una concezione di disabilità fluida e contestuale che

riguarda l'intera popolazione. La sua elaborazione riguarda tutte le dimensioni (compresa quella biomedica) che sono parte del processo sociale in cui tutti i significati della disabilità vengono negoziati. Per questo il rapporto tra abilità e disabilità è visto come un continuum in cui la completa assenza della disabilità, così come la completa assenza di abilità, rappresentano casi limite, di interesse solo teoretico.

- *discriminazione*: questo approccio si fonda sull'importanza di eludere le discriminazioni per favorire l'uguaglianza. Le persone disabili non devono essere viste come una categoria protetta ma devono ricevere un trattamento equo.

CAPITOLO 2

L'INCLUSIONE SOCIALE

2.1 La prospettiva inclusiva

Il concetto di inclusione sociale si basa sul riconoscimento di un diritto della persona. Tale diritto costituisce il mezzo principale per permettere alla persona di contrastare quella che è l'esclusione, sociale e lavorativa, che per definizione è la prospettiva opposta alla prospettiva inclusiva stessa.

La prospettiva inclusiva determina infatti come le strategie e le azioni da mettere in atto nei confronti della persona con disabilità debbano essere finalizzate a rimuovere ogni forma di esclusione sociale che la persona con disabilità può incontrare nella sua vita.

Come spiega Lepri (2011) quando si parla di inclusione sociale bisogna tenere conto di diversi aspetti:

- inclusione fisica: la persona disabile frequenta gli stessi ambienti fisici che vengono utilizzati dalle altre persone;
- inclusione funzionale: la persona disabile utilizza gli ambienti fisici;
- inclusione relazionale: la persona disabile instaura delle relazioni positive all'interno della famiglia e con le altre persone;
- inclusione temporale: la persona disabile vive il normale ciclo di vita seguendo le varie fasi di sviluppo;
- inclusione civica: la persona disabile detiene diritti e doveri;
- inclusione dei servizi: la persona disabile utilizza i servizi a disposizione per tutti i cittadini.

Esiste un rapporto diretto fra come le persone vengono immaginate e i comportamenti che vengono messi in atto con le persone con disabilità. Tendenzialmente le persone costruiscono la propria identità sull'immagine che gli altri hanno di loro, per le persone con disabilità

questa logica assume una particolare importanza data la condizione di fragilità in cui si trovano.

“La rappresentazione sociale costruita sull'immagine della persona apre ad una visione antropologica che consente infatti di andare oltre “il cosa ha” una persona disabile per comprendere “chi è” e come “funziona” rispetto al contesto e come il contesto “funziona rispetto ad essa” (Lepri, 2011, p75).

Se si vuole considerare in una logica inclusiva il disabile come persona è necessario rispondere ad alcune necessità che vengono definite dall'autore come bisogni di normalità.

2.1.1 Accoglienza

Essere accolti è un bisogno fondamentale per ogni essere umano ma nella realtà non esiste una condizione di accoglienza tale da essere caratterizzata solo da emozioni positive.

Ad esempio, nel caso di un figlio disabile l'accoglienza diventa accettazione, un'azione che ha a che vedere più che con il senso del dovere che con quello del piacere. L'accettazione del bambino potrà avere risultati diversi in relazione ad alcune variabili: i modi e i tempi della scoperta della disabilità, la solidità psicologia dei genitori, il grado di aiuto che potranno ricevere.

L'atteggiamento che i genitori potrebbero mettere in atto come risposta al bisogno di accoglienza del figlio con disabilità è l'iperprotezione: la tutela dai pericoli nei confronti di una persona ritenuta più debole e incapace di difendersi.

“In realtà ciò che spaventa e da cui si vuole proteggere un figlio non sono i pericoli del mondo, peraltro da non sottovalutare, ma le possibili conseguenze di emozioni aggressive che, anche per una sorta di divieto sociale, non possono essere riconosciute” (Lepri, 2011, p.82).

Un altro atteggiamento pur essendo meno frequente, che riguarda il bisogno di accoglienza è la negazione dei limiti; questa attitudine comporta la tendenza a sottovalutare i deficit della persona con disabilità e a pensare che questa debba svolgere le stesse cose che fanno gli altri.

La situazione che si viene a creare è quindi di difficile gestione perché tende a confondere il piano generale dei diritti con ciò che una persona può fare secondo quelle che sono le sue capacità e i suoi limiti.

“Iperprotezione e negazione dei limiti sono, potremmo dire, due facce della stessa medaglia” (Lepri, 2011, p.83), che creano una difficoltà all'interno del nucleo familiare e un'incapacità, almeno iniziale, a rispondere al bisogno di accoglienza del bambino.

In questa prospettiva uno spiraglio di luce è offerto dall'aiuto che genitori possono ricevere dall'esterno. Questa possibilità è di rilevante importanza perché permette alla famiglia di non cadere in una condizione di isolamento ma le dà la possibilità non solo di essere aiutata dai servizi a disposizione nel territorio ma anche di essere inserita in una rete di condivisione con altre famiglie, che vivono una situazione simile.

Il supporto sociale offerto dai servizi non sempre, come si può pensare, rappresenta una forma di sollievo, anche parziale, dei *caregivers*. Il rapporto tra la famiglia in difficoltà e i professionisti talvolta si può trasformare in una fonte di ulteriore stress specialmente se i servizi non sono collegati tra loro.

Non è richiesto solo ai genitori di assumere un atteggiamento di accoglienza e supporto nei confronti del figlio, ma anche i servizi dedicati dovranno dimostrarsi comprensivi e positivamente disponibili nei confronti della famiglia.

“Garantire una buona accoglienza a genitori che hanno un figlio disabile comporta da parte dei servizi e degli operatori almeno tre condizioni:

- una forte e stabile alleanza con la famiglia;
- un orientamento positivo centrato sulla valorizzazione delle risorse;
- la rinuncia all'onnipotenza professionale” (Lepri, 2011, p.84).

2.1.2 L'immaginario

Se parliamo di inclusione sociale è importante parlare anche del bisogno di coltivare l'immaginario, si tratta quindi di dare la possibilità alle persone con disabilità di avere un sogno per il loro futuro.

La capacità di anticipare il desiderabile tramite l'immaginazione è un prezioso regalo che i genitori possono fare ai loro figli perché attraverso questa il bambino diventa pensante e protagonista del suo futuro.

Il rischio che i genitori non abbiano sogni si può verificare, ma nel caso di un figlio disabile la possibilità aumenta. La mancanza di sogni per il futuro del figlio può essere dettata dalla delusione o dal senso di colpa, ma soprattutto dal pensiero di “cosa potrà fare da grande” o quale sarà “il suo posto nel mondo”.

Come afferma Lepri (2011) l'assenza di ruoli sociali valorizzanti per le persone disabili è in grado di estinguere completamente la possibilità di immaginario dei genitori.

“La possibilità che una persona raggiunga, soprattutto a livello psicologico, una condizione emotiva tale da permetterle di confrontarsi progressivamente con i ruoli che la vita propone a tutti, è collegata al fatto che ciò venga anticipato nell'immaginario dei genitori e di tutte le figure educative che quella persona incontrerà nel suo percorso di crescita” (Lepri, 2011, p.87).

2.1.3 Il progetto

L'accoglienza e l'immaginario sono le basi per pianificare un progetto che potrà trasformare in realtà quei sogni di cui abbiamo parlato in precedenza.

Il progetto è un modo attraverso il quale la mente si avvicina alla realtà per trasformarla concretamente, tutti hanno bisogno dei progetti per realizzare la propria vita.

Come sostiene Lepri (2011) il progetto è un modo per anticipare il futuro, nel progettare però emergono potenzialità e limiti di ogni persona e nel caso delle persone disabili, che per natura hanno qualche limite in più, l'idea di un progetto di vita viene rimandata nel tempo o addirittura abbandonata.

La normalità di *bisogno di progetto*, indispensabile per favorire nel corso della vita il conseguimento della dimensione autoprogettuale, nelle persone disabili può trovare risposte inadeguate e cadere in una routine afinalistica. Si tende a pensare che sia più efficace utilizzare "una serie di programmi (spesso ridotti a semplici tecniche) ridondanti e frantumati rispetto ai quali tutti sono autorizzati ad intervenire e dove, spesso, non esiste una regia che dia senso e finalità" (Lepri, 2011, p.89), piuttosto che impegnarsi a pianificare un progetto di vita.

Quando viene a mancare la progettualità aumenta la difficoltà per la persona con disabilità di costruire una immagine integrata di sé.

E' di fondamentale importanza che i servizi erogino un aiuto a progettare su sé stessi che non sia atto a soddisfare solo i bisogni di base, non si deve trattare di attività pensate e proposte in un'ottica di quotidianità, ma progettate con un più ampio respiro.

Come ricorda Lepri (2011) una buona progettualità, intesa come "anticipazione del possibile", porta sempre al confronto con i limiti. Limiti posti al progetto dalla realtà, dal contesto e, ovviamente, dei deficit delle persone.

E' molto importante che chi affianca le persone disabili nell'attuazione del loro progetto di vita si affidi alla forza creativa della fantasia, nell'avvicinarsi alla realtà, attraverso progetti resi possibili dalla mediazione educativa.

2.1.4 L'educazione

L'obiettivo di voler portare la persona disabile ad essere consapevole e protagonista del suo progetto di vita determina la necessità di una "normalità educativa". Si corre il rischio che l'educazione non sia tale ma diventi assistenzialismo se vengono a mancare le attenzioni al bisogno di normalità educativa. La differenza sostanziale tra educazione e assistenza sta nel fatto che la prima considera la persona per quello che "potrà essere", la seconda per quello che "é". L'educazione si rivela una necessità vitale che favorisce lo sviluppo della persona.

Rispetto al tema della disabilità ci sono diverse prerogative che caratterizzano l'educazione facendola differire da un intervento assistenziale.

Lepri (2011) nel suo testo ne evidenzia due: la prima prerogativa riguarda la caratteristica ontologica del progetto educativo, deve avere un inizio, uno sviluppo e un termine. Gli obiettivi dovranno avere dei tempi e delle scadenze indispensabili al loro raggiungimento, "la temporalità del progetto educativo è necessaria per molte ragioni, non ultima quella di rendere possibile la eventuale ridefinizione in corso d'opera degli obiettivi e la valutazione finale degli stessi" (Lepri 2011, pag.92).

La seconda prerogativa di un progetto educativo concerne la giusta distanza tra educatore ed educando: la relazione deve essere asimmetrica poiché l'educatore deve avere la capacità di anticipare, progettare e proporre ai fini di migliorare le condizioni di vita dell'educando.

“Nello sviluppo di un progetto educativo questa asimmetria va tenuta costantemente presente; si deve infatti consentire che nel tempo si determini un mutamento quantitativo e qualitativo della relazione e dello sviluppo dell'autonomia” (Lepri, 2011, p.92).

E' importante tenere presente che nella relazione educativa i cambiamenti che avverranno durante il percorso non riguardano soltanto chi viene educato ma anche chi educa.

2.1.5 Il ruolo

Il concetto di ruolo è legato al concetto di status, lo status è l'aspetto strutturale di una posizione sociale, il ruolo è invece l'aspetto dinamico.

Per chiarire meglio il significato “il ruolo è il comportamento che ci si attende da chi detiene un determinato status” (Macioti, 2002)

Come chiarisce Lepri (2011) oltre allo “status acquisito” c'è anche uno “status ascritto” che riguarda le peculiarità di una persona (sesso, età, condizioni di salute, presenza di una disabilità).

Questa chiave di lettura è molto importante quando si parla di inclusione sociale poiché quando una persona è percepita in modo svalorizzato, a causa delle caratteristiche fornite dallo status ascritto, il ruolo sociale assegnato le sarà di conseguenza svalorizzato.

Lo status ascritto che si basa sull'immagine del disabile come *eterno bambino* che non raggiungerà mai la maturazione della competenza adulta, comporta che i ruoli sociali a cui la persona potrebbe aspirare siano tipici del mondo infantile.

Per superare l'attribuzione di ruoli svalorizzanti, attribuiti sulla base dello status ascritto, bisognerà creare occasioni che permettano di costruire uno status acquisito e dei ruoli che valorizzino la persona.

“E' evidente che la possibilità di assumere un ruolo valorizzato è ampiamente collegata con il livello di inclusione sociale di una persona

disabile. In questa logica l'inclusione sociale diventa sia il fine che il mezzo per la valorizzazione dei ruoli poiché è proprio attraverso l'interazione e la possibilità di interscambio che i ruoli si definiscono e si legittimano" (Lepri, 2011, p.95).

In questa prospettiva, affinché sia possibile l'inclusione sociale, bisognerà tenere conto di tutti i punti sopracitati, ogni persona, non solo chi si occupa di educazione, dovrà mettere in pratica quelle che Canevaro chiama "buone prassi", si tratta di azioni individuali che producono la riorganizzazione di un percorso istituzionale che tiene conto di tutti.

CAPITOLO 3

L'IMPORTANZA DEL LAVORO NELLA VITA DELLE PERSONE CON DISABILITA'

3.1 L'importanza della dimensione lavorativa nel tempo

L'importanza della dimensione lavorativa, legittimata oggi anche per le persone disabili, è un traguardo raggiunto attraverso un percorso che ha visto il valore del lavoro mutare nel tempo. L'evoluzione delle condizioni sociali ed economiche ha permesso che anche alle persone disabili venga data la possibilità di trovare occupazione.

Il percorso presentato si propone di dimostrare come la dimensione lavorativa sia diventata una delle opportunità più significative per i disabili di far parte della società.

3.1.1 Il lavoro come strumento di cura

L'importanza attribuita storicamente al ruolo del lavoro muta attraverso i secoli e segue i mutamenti sociali, le innovazioni culturali e la percezione della disabilità stessa nella società. A partire dal 1300 l'attività lavorativa delle persone disabili viene inclusa nell'ambito dell'internamento. La necessità dell'internamento trae origine da fattori politici e sociali e risponde ad un'esigenza di controllo sociale. Nel XVII secolo infatti le persone disabili vengono rinchiusi e sono costretti a lavorare per poter contribuire alla prosperità sociale. La prospettiva cambia tra la fine del 700 e l'800 dove la società, grazie alla nascita delle prime istituzioni, concentra l'attenzione sulle modalità e gli strumenti di cura. In questo periodo la psichiatria comincia a muovere i primi passi e nascono i manicomi, in cui si realizzano i primi esperimenti di attività lavorativa intesa come terapia (il cosiddetto "trattamento morale"). Il lavoro per le

persone istituzionalizzate inizia ad essere proposto come un aiuto e uno stimolo per le funzioni organiche in genere.

In questi secoli inizia a prendere piede anche l'ergoterapia come prassi per intrattenere i malati. Essa viene intesa non solo come uno stimolo per il malato ricoverato, ma anche come metodo per scandire meglio i tempi della giornata della persona istituzionalizzata. In alcuni casi tuttavia, a causa delle condizioni culturali e sociali dell'epoca, essa si riduceva a un mero sfruttamento della manodopera.

3.1.2 Il lavoro come approccio riabilitativo

Malgrado non cambi la concezione della persona disabile nel XX secolo cominciano ad essere ideati interventi lavorativi con obiettivi riabilitativi. Questi interventi trovano il loro *movens* nella percezione dell'approccio riabilitativo della malattia, nella nascita della terapia occupazionale e nell'approccio alla malattia come patologia di interesse ortopedico. Queste premesse vengono analizzate nell'opera di autori come Medeghini, Valtellina e Stiker, essi infatti sottolineano come sia necessario vedere la disabilità come una condizione che non può essere definitivamente risolta, ma va accompagnata all'interno di un percorso riabilitativo: "Dismessi i caratteri dell'eccezionalità con cui veniva connotata in passato, l'imperativo prevalente diviene attenuare le differenze fino a negarle. Anche se le disabilità non possono essere tutte curate, si ritiene che possano essere in qualche modo trattate e corrette" (Stiker, 2000).

La disabilità viene intesa come deficit fisico della persona che viene quindi coinvolta da aspetti di interesse medico: "L'obiettivo della medicina e dell'educazione è ristabilire condizioni ideali di normalità, puntando l'attenzione sul deficit in sé" (Medeghini, Valtellina, 2006, p.29).

La terapia occupazionale nasce come intervento sanitario ed educativo che va progressivamente a soppiantare l'ergoterapia, in quanto molti sono i casi passibili di istituzionalizzazione e sfruttamento.

Uno dei principali scopi a cui mira la terapia occupazionale è proprio quello di permettere alle persone con disabilità di maturare un'indipendenza economica e una crescita personale.

3.1.3 L'esperienza lavorativa per promuovere il benessere personale

Le trasformazioni avvenute nel corso del tempo rispetto al modo di concepire la correlazione tra disabilità e lavoro hanno portato a prendere coscienza sul fatto che l'attività lavorativa abbia un ruolo fondamentale nello sviluppo della persona. "Accanto ad aspetti più generali come l'acquisizione di indipendenza economica e la possibilità di differenziare tra il tempo di lavoro e il tempo libero" (Montobbio, Navone, 2003 p. 39), il lavoro favorisce lo sviluppo delle autonomie personali poiché l'integrazione lavorativa produce molto spesso anche nelle persone disabili alti livelli di indipendenza personale e una maggiore autodeterminazione. Come affermano Young e Ensing (1999) il lavoro contribuisce a sviluppare una prospettiva positiva riguardo sé stessi, rafforza la fiducia in prospettiva di un futuro migliore e aumenta la possibilità di esercitare nuove esperienze di apprendimento.

"L'attività lavorativa è in grado di sollecitare la motivazione verso una condizione di crescita matura e autonoma, è affermazione di sé, dignità, crescita personale e balzo nella cittadinanza riconosciuta" (Medeghini, 2006, p. 207).

L'esperienza lavorativa diviene un'importante opportunità per raggiungere lo sviluppo personale, in quanto è utile a favorire miglioramenti della qualità della vita e del benessere.

Felce (2000) propone di pensare alla qualità della vita delle persone con disabilità costruendo l'intervento educativo su sei categorie di benessere:

1. benessere fisico: inerente alla salute, nutrizione, forma fisica, mobilità e sicurezza personale;
2. benessere materiale: vari aspetti dell'ambiente di vita dove il soggetto risiede (trasporti e abitazione), proprietà e reddito;
3. benessere sociale: riguarda la qualità delle relazioni familiari e amicali, il coinvolgimento comunitario e l'inclusione sociale;
4. benessere produttivo: comprende lo sviluppo personale, l'autodeterminazione e attività costruttive;
5. benessere emozionale: fa riferimento alla capacità di raggiungere stati mentali positivi e autostima, di professare un credo religioso, di esprimere la propria sessualità;
6. benessere civico: comprende la capacità di tutelare la propria privacy, di essere salvaguardati dalla legge, di votare.

3.1.4 La formazione dell'identità

“Il lavoro non solo è mezzo per ottenere una ricompensa economica, ma anche una serie di benefici “latenti” come lo status e l'identità sociale; inoltre garantisce contatti sociali e supporto, occupa e struttura il tempo e, insieme, favorisce un senso di realizzazione personale” (Shepherd, 1989, p.231 e 233). Il lavoro viene considerato fondamentale sia per la costruzione dell'identità personale che per il riconoscimento della propria presenza all'interno della società.

Nell'ambito lavorativo, la persona disabile ha la possibilità di costruirsi una propria identità, una soggettività fondata su un senso di appartenenza a un'organizzazione con cui si confronta attraverso il proprio pensiero e le proprie azioni, e infine l'opportunità di interfacciarsi

con le persone. "Tale identità si basa sullo scambio tra l'interpretazione della persona e il riconoscimento sociale che ottiene dagli altri. Questo modifica l'immagine che la persona ha di sé, ma anche quella che il mondo circostante può avere di lei" (Gherardini, 2009, p.90).

Il lavoro pone in relazione gli individui in funzione al ruolo che gli viene assegnato, offre la possibilità di definire lo status delle persone in base ai compiti che svolgono, unisce la storia personale a quella della comunità, tutto con lo scopo di favorire la definizione dell'identità personale e sociale.

3.1.5 Responsabilità e autonomia

"Lavorare non significa solo imparare un lavoro, ma anche acquisire una mentalità, una particolare modalità di essere nel mondo. Il lavoratore ha bisogno di riuscire ad anticipare in sé le aspettative degli altri, di capire la risposta che ogni atteggiamento può determinare nei colleghi. Inoltre, sentirsi investito di un ruolo e percepirlo come socialmente confermato e valorizzato è un modo per rendere esplicito il circolo virtuoso che conduce gli individui (con e senza disabilità) all'adulità" (Bozuffi, 2006, p.170). Rispetto a questa particolare dimensione, il lavoro assume dei significati particolari. Lepri e Montobbio (1994) propongono una lettura di come il lavoro può fornire sostegno alle persone disabili.

Le persone con disabilità hanno bisogno da un lato di imparare ad assumersi delle responsabilità e degli incarichi dall'altro hanno bisogno di imparare a rispettare i tempi e i ruoli. La prima dimensione riguarda l'apprendimento di compiti e mansioni da un punto di vista cognitivo. Il bisogno di rispettare i tempi invece si riferisce direttamente alla capacità della persona disabile di interiorizzare il ruolo lavorativo, svolgendo i propri compiti e mansioni, interiorizzando anche i modi di essere e i valori che nella mansione stessa sono insiti. Gli autori evidenziano poi come il contributo dell'esperienza lavorativa sia svolto all'acquisizione di

elementi innovativi come: la gravidanza motivazionale, l'assenza di elementi infantili e l'apprendimento di sequenze operative.

“Il disabile che attraverso il lavoro acquisisce fiducia nelle proprie capacità, impara non fermarsi di fronte agli ostacoli e a promuovere nuove soluzioni per far fronte alle situazioni difficili” (D'Alonzo, 2003, p.42).

Il lavoro si dimostra fondamentale da tutti i punti di vista: da quello economico, per sostenere i costi della vita; dal punto di vista della crescita identitaria poiché forma nella persona consapevolezza di sé stessa dei propri limiti e delle proprie abilità; dal punto di vista sociale perché permetterà al soggetto di sperimentarsi all'interno di un contesto umano e culturale e di contribuire al bene della società.

CONCLUSIONI

Il seguente elaborato ha la finalità di far emergere come sia indispensabile un clima di accoglienza e responsabilità nei confronti delle persone disabili e delle loro vite, affinché possano anch'essi far parte a tutti gli effetti del sistema sociale, apportando per quanto possibile il loro contributo.

La necessità che la società sia in grado di rispondere ai bisogni che nel corso della tesi ho definito "di normalità", ci ricorda che ogni storia umana ha una sua dignità che va rispettata nonostante le condizioni in cui si trova: "Ogni vita è significativa e il sentimento della sua importanza, immensa per chi la sta vivendo, o almeno quello della sua unicità va colto in ogni momento della parabola della vita" (Yourcenar, 1974).

Nel corso della tesi ho messo in luce come l'occupazione lavorativa sia un metodo ricco di spunti educativi, in quanto chiama in gioco tutte le caratteristiche personali, la conoscenza dei propri limiti ma soprattutto delle proprie potenzialità, come sia nemica del restringere l'esperienza educativa limitandola alla vita in comunità e della ricettività passiva, permette di fissarsi degli obiettivi e dà la possibilità di raggiungerli.

L'educatore che decide di orientare il suo intervento educativo in questo senso, a mio avviso, non deve possedere unicamente competenze specifiche verso il disabile ed il mondo del lavoro, ma anche e soprattutto capacità di alleanza, comprensione e partecipazione affettiva (rispettando i limiti che richiede la giusta distanza) alla storia delle persone disabili, e queste attitudini fanno parte più delle qualità della persona che della sua professionalità.

BIBLIOGRAFIA

Barnatt S.N. (2001), "*Using role theory to describe disability*", in Barnatt S.N., Altman B.M. (eds), *Exploring theories and expanding methodologies: Where we are and where we need to go*, Oxford, UK, JAI press.

Bertolazzi A. (2004), "*I paradigmi della salute*" in Cipolla C., *Manuale della Sociologia della salute*. Milano: FrancoAngeli

Bozuffi V. (2006), *Psicologia dell'integrazione sociale. La vita della persona con disabilità in una società plurale*. Milano: FrancoAngeli

Canevaro A. (2006). *Le logiche del confine e del sentiero*. Trento: Erickson

D'Alonzo L. (2003), *Pedagogia speciale*. Brescia: La Scuola

Di Santo R. (2013), *Sociologia della disabilità. Teorie, modelli, attori e istituzioni*. Milano: Franco Angeli

Felce D. (2000). *Quality of life for people with learning disabilities in supported housing in the community: A review of research*, Exeter, University of Exeter

Ferrucci F. (2004). *La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici tra natura e cultura*. Catanzaro: Rubbettino Editore.

Gardou C. (2009), "*L'handicap alla prova delle culture*" in Gousot A., *Il disabile adulto. Anche i disabili diventano adulti e invecchiano*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore.

Gherardini P. (2009), *Disabilità e adultità*, in Gousot A. (a cura di), *Il disabile adulto. Anche i disabili diventano adulti e invecchiano*. Santarcangelo di Romagna (RN): Maggioli Editore

Goffman E. (1963), *Stigma: Notes on the management of spoiled identity*, Englewood Cliff, Prentice-Hall

Goffman E. (1970) *Strategic Interaction*, Oxford, Basil Blackwell, 1970

Gordon A.M., Huxley A.F., Julian, F.J. (1966), "*The variation in isometric tension with sarcomere length in vertebrate muscle fibres*" in *The Journal of Physiology, Physiological Soc*

Lepri C., Montobbio E. (1994), *Lavoro e fasce deboli. Strategie e metodi per l'inserimento lavorativo di persone con difficoltà cliniche o sociali*. Milano: FrancoAngeli

Lepri, C (2011). *Viaggiatori inattesi. Appunti sull'integrazione sociale delle persone disabili*. Milano: FrancoAngeli

Macioti M.I. (2002). *Il concetto di ruolo nel quadro della teoria sociologica generale*. Roma-Bari: Laterza

Medeghini R., Valtellina E. (2006), *Quale disabilità? Culture, modelli e processi di inclusione*. Milano: FrancoAngeli

Mercier M. (1999), "Représentations sociales du handicap mental" in Mercier M. et al (1999), *Approches interculturelles en déficience mentale. L'Afrique, l'Europe, le Québec*, Press Universitaires de Namur, Belgique.

Montobbio E., Navone A.M. (2003). *Prova in altro modo*. Tirrenia: Edizioni del Cerro

Morvan J.S. (1988), *Représentations des situations de handicap et d'inadaptation chez les éducateurs spécialisés, les assistants de service et les enseignants spécialisés en formation*, P.U.F., Paris

Paolini M. (2009), *Chi sei tu per me. Persone con disabilità e operatori nel quotidiano*. Trento: Edizioni Erickson

Parsons T. (1981), *Il Sistema sociale*. Torino: Edizioni di Comunità

Radley A. (1994), *Making sense of illness. The social psychology of health and disease*, London, Sage

Saviola D., De Tanti A. (2009), *Trauma cranico e disabilità. Esperienze di psicoterapia*. Milano: FrancoAngeli

Shepherd G. (1989), "The value of work in the 1980s" in *Psychiatric Bulletin*, 13

Stiker H.J. (2000), *A History of disability*, Ann Arbor, Mi, University of Michigan Press

Young S. L., Ensing, D. S. (1999), "Exploring recovery from the perspective of people with psychiatric disabilities" in *Psychiatric Rehabilitation Journal*

Zola I.K. (1993), "Disability statistics, what we count and what it tells us: A personal and political analysis" in *Journal of Disability Policy Studies*, 4

