I modelli concettuali e culturali della disabilità e dell’inclusione

Alessio Covelli
alessio.covelli@uniroma4.it

Temi

- Modello Medico-Individuale
- Malattia, salute e benessere
- ICIDH (OMS, 1980)
- Il modello sociale
- Modello Medico vs Modello Sociale
- Modello Biopsicosociale
- ICF (OMS, 2001)
- Modello di Sviluppo Umano (MDH) e Processo di Produzione della Disabilità (PPH)
- Capability approach
- Paradigma dei Diritti Umani e Convenzione Onu sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006)
- I significati di inclusione e di educazione inclusiva

© AC 2018

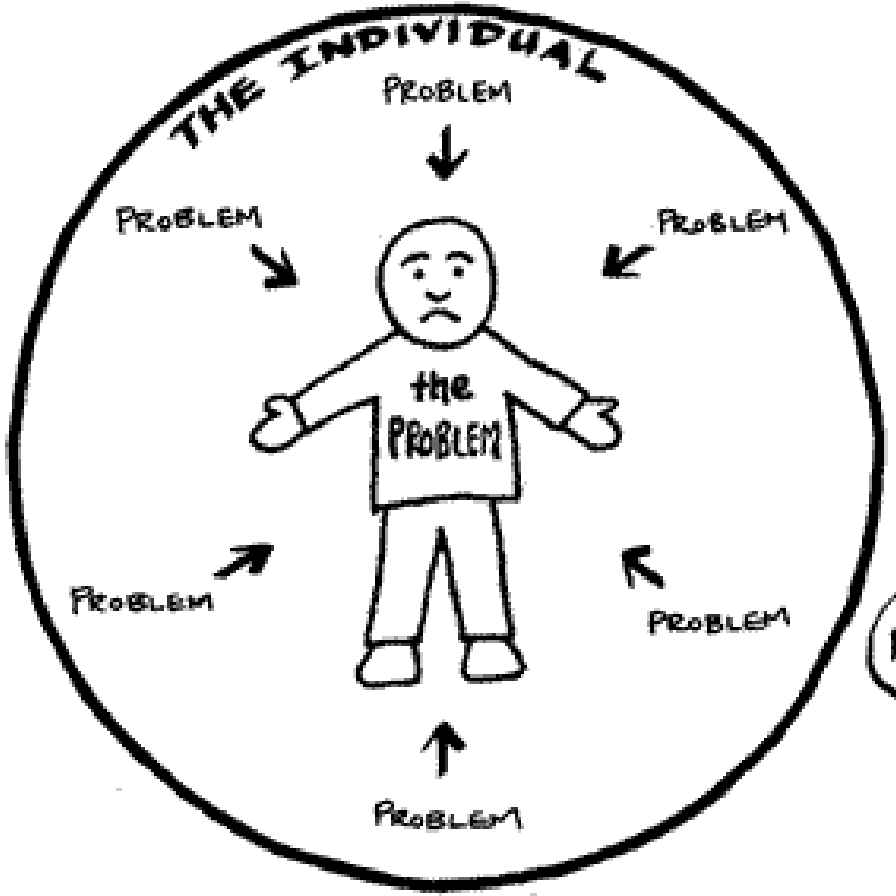
Modello Medico-Individuale

(ICF, 2001, p.36)

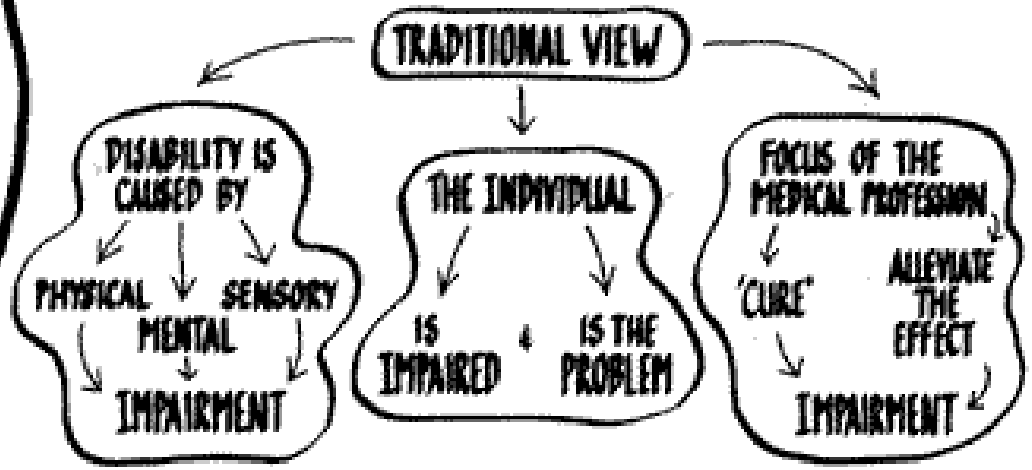
- La disabilità è intesa come un problema della persona causata dalla presenza di malattie, traumi o altre condizioni di salute che necessitano di assistenza medica come trattamento individuale;
- La gestione della disabilità mira alla cura delle patologie o all'adattamento dell'individuo e a un cambiamento comportamentale;
- A livello politico, la risposta alle problematiche derivanti da disabilità è sul piano medico-sanitario

© AC 2018

THE MEDICAL MODEL OF DISABILITY



IMPAIRMENTS AND CHRONIC ILLNESS OFTEN POSE REAL DIFFICULTIES BUT - THEY ARE NOT THE MAIN PROBLEMS



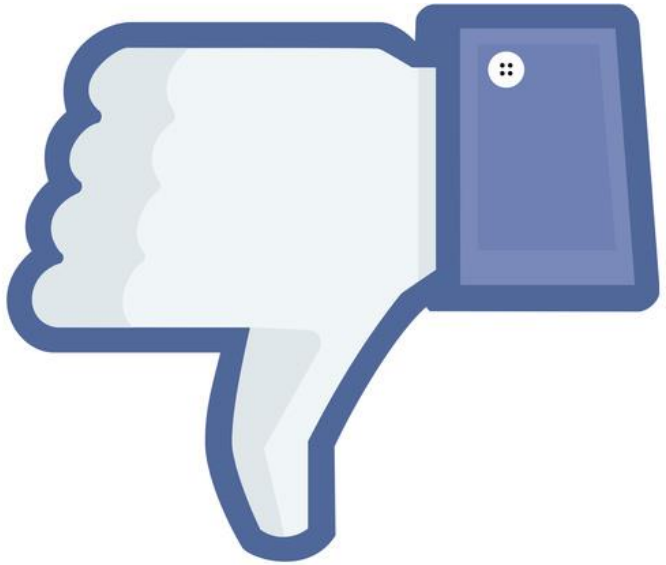
https://mediadiversified.org

VISIONE DEFICITARIA DELLA PERSONA

© AC 2018

Criticità del Modello Medico

- **La disabilità è assimilata alla patologia ed è vista come un discostamento dalla norma (visione standardizzata della persona e del suo funzionamento);**
- **Riduzione della persona alla sua patologia e al suo deficit;**
- **Esclude la dimensione relazionale dall'esperienza esistenziale della persona nella sua interazione nei propri contesti di vita;**
- **Trattamento individuale e standard;**
- **Visione unidimensionale della persona con disabilità e restrizione dei suoi ruoli sociali (non può/non sa fare);**
- **La salute è ristretta all'assenza di malattia (sanitarizzazione-medicalizzazione degli interventi e dei servizi)**



© AC 2018

Cos’è la «salute»?

© AC 2018

Il concetto di «salute»

(Moliterni, 2013)

- La salute è «un completo stato di benessere fisico, mentale e sociale e non solo l'assenza di malattia o infermità » (OMS, 1946, p.1);
- «Benessere che produce e si espande grazie alla qualità dei rapporti con gli altri e con l'ambiente» (p.242)

SALUTE COME CONDIZIONE RELAZIONALE DELLA PERSONA

INDICATORE DELLA QUALITÀ DI VITA

UNITÀ FISICA, MENTALE E SOCIALE

© AC 2018

International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps (ICIDH-1)

- Tentativo dell'OMS (1980) di superare il modello biomedico-diagnostico-riabilitativo dell'ICD (International Classification of Diseases) e la sua concezione causale morbo-malattia-cura;
- Non è una guida alla classificazione delle persone con disabilità ma tenta di definire le circostanze che possono condurre a situazioni di svantaggio rispetto alle altre persone sulla base di una presunta normalità (convenzione sociale);
- Introduce la conseguenza di uno stato patologico o cronico

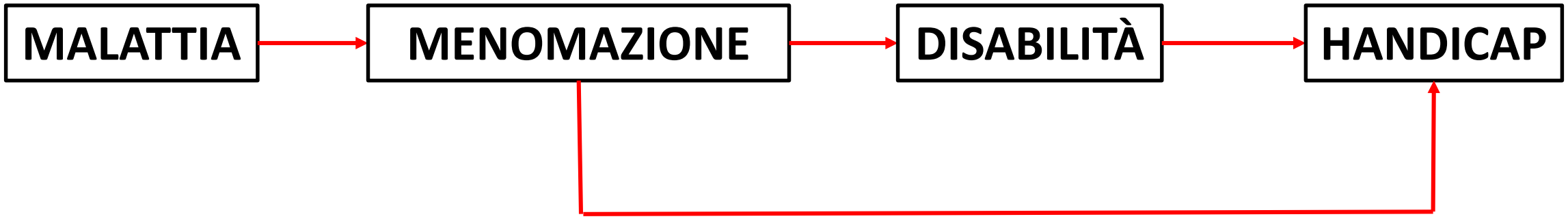
(cfr. Medeghini & Valtellina, 2008, p.45)

PRIMO TENTATIVO DI EVIDENZIARE LE CONSEGUENZE SOCIALI DI UNA MALATTIA

© AC 2018

ICIDH-1: relazione causale tra malattia, menomazione-danneggiamento, disabilità e handicap

(cfr. Medeghini & Valtellina, 2006, p.45)



- Il danneggiamento delle funzioni di un organo causato da una malattia, produce delle disabilità nella persona;
- La disabilità è considerata come incapacità ad eseguire delle normali attività;
- La disabilità causa l'handicap e quindi lo svantaggio nel rivestire un ruolo sociale e nello svolgimento delle attività quotidiane

© AC 2018

Menomazione, Disabilità e Handicap nell'ICDH-1

(cfr. Medeghini & Valtellina, 2008, p.46-50)

Menomazione	Qualsiasi perdita o anormalità a carico di una struttura o una funzione psicologica, fisiologica, anatomica.	1. capacità intellettive 2. altre menomazioni psicologiche 3. linguaggio e parola 4. udito 5. oculari 6. viscerali 7. scheletriche 8. deturpanti 9. generalizzate…
Disabilità	Limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere una attività nel modo e nell'ampiezza considerati normali.	1. comportamento 2. comunicazione 3. cura della propria persona 4. motorie 5. propria sussistenza 6. destrezza 7. circostanziali 8. in particolari attività 9. altre limitazioni
Handicap	Condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o ad una disabilità che limita od impedisce l'adempimento del ruolo normale per il soggetto, in relazione all'età, al sesso ai fattori socioculturali.	1. orientamento 2. indipendenza fisica 3. mobilità 4. occupazionali 5. integrazione sociale 6. autosufficienza economica 7. altri handicap

IMPOSTAZIONE BIOMEDICA

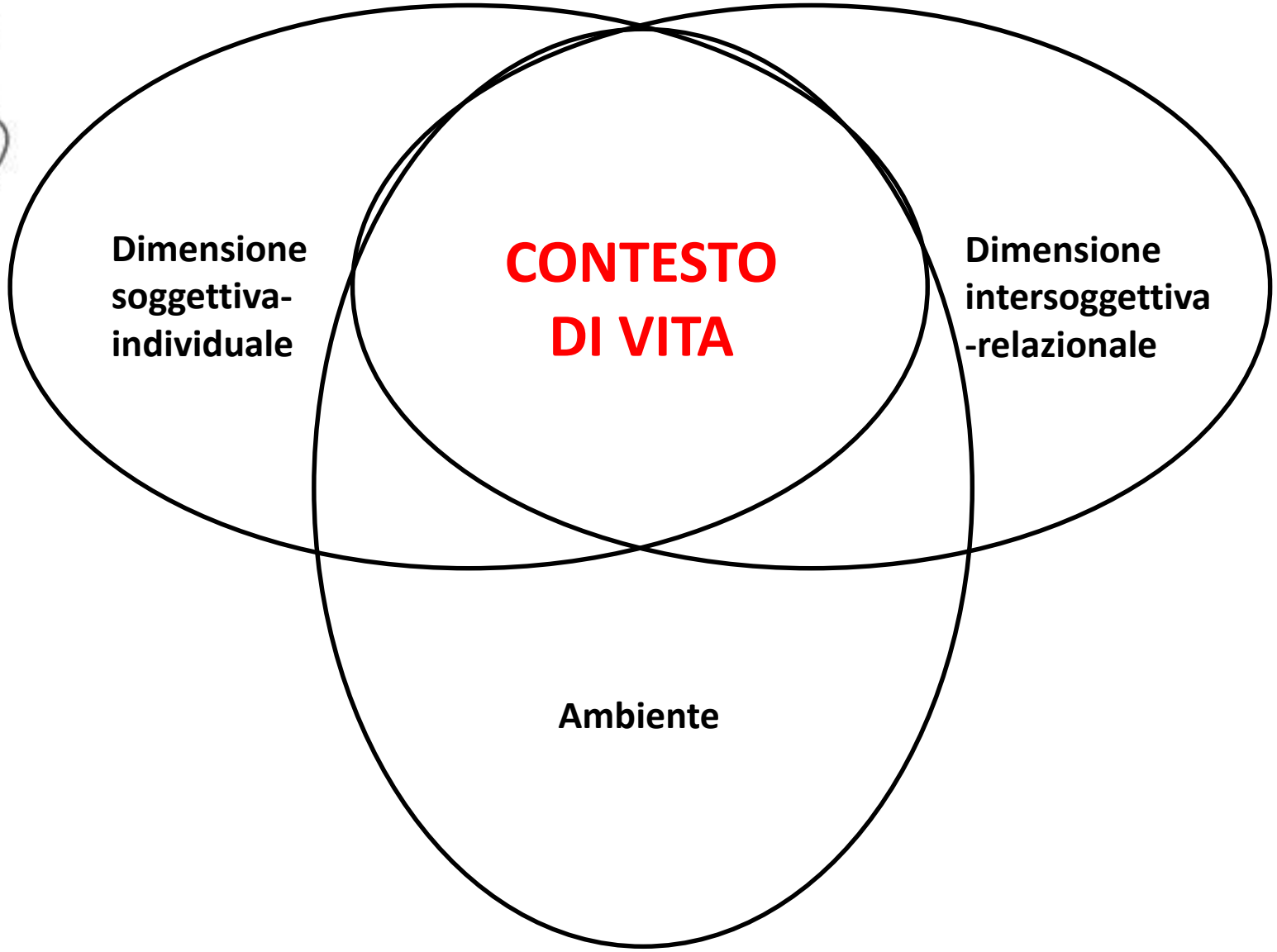
ASSENZA DI UN MODELLO UNIVERSALE DI SVILUPPO UMANO

© AC 2018

Manca qualcosa...

© AC 2018

Il contesto



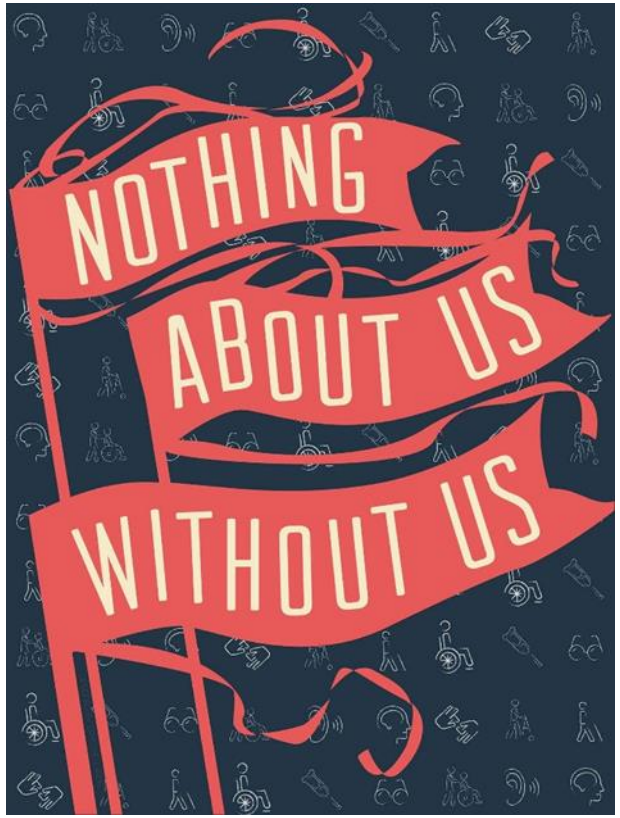
© AC 2018

Il modello sociale

(Covelli, 2016, pp. 40-42)

- Si sviluppa nel Regno Unito sotto l'impulso dei movimenti per i diritti delle persone con disabilità e degli studiosi afferenti ai *Disability Studies* (anni 60-70);
- Strumento che consente di cogliere il fenomeno della disabilità, fornendo nuove coordinate di senso per comprendere una condizione tradizionalmente considerata solo in termini individuali e medici (Oliver, 1990b; Finkelstein 2001; Barnes, 2008; Fougeyrollas, 2010);
- Non nega le problematiche individuali che possono incontrare le persone con disabilità, ma sposta il dominio dalla sfera individuale alla sfera sociale;
- Si contrappone all'identificazione della disabilità con la menomazione della persona spesso vista in termini di tragedia personale;
- Visione oppressiva della società verso la disabilità

(Oliver, 1990b; Barnes, 1992, 2008)



© AC 2018

Il modello sociale

(Covelli, 2016, pp. 40-42)

Il modello sociale della disabilità non è una vera e propria teoria in grado di spiegare la moltitudine di fenomeni connessi alla disabilità ma un **approccio olistico che spiega quali problemi specifici vengono vissuti dalle persone con disabilità, avendo riguardo alla totalità dei fattori ambientali e culturali che rendono disabili**

- È la società che «disabilita» la persona non consentendole di accedere all'istruzione, ai sistemi di comunicazione e informatici, agli ambienti di lavoro, trasporti, edifici pubblici e alloggi;
- Discriminazione nell'offerta dei servizi sanitari e di solidarietà sociale;
- Discriminazione culturale alimentata dai media attraverso immagini negative che svalutano le persone con disabilità (Barnes, 2008, p. 91)

https://mediadiversified.org

BARRIERE COME RESTRIZIONE DI RUOLI SOCIALI E DI PARTECIPAZIONE NELLE DIMENSIONI ESISTENZIALI DEI CONTESTI DI VITA

© AC 2018

Il modello sociale

(ICF, 2001, pp.36-37)

- La disabilità non è una caratteristica individuale ma una complessa interazione di condizioni, provenienti principalmente dall'ambiente sociale;
- La gestione della disabilità richiede azioni sociali ed è responsabilità collettiva della società;
- Necessità di implementare le modifiche ambientali per la piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree esistenziali della vita sociale

SVILUPPO DEL PARADIGMA DEI DIRITTI UMANI

© AC 2018

Modello Medico vs Modello Sociale: quali differenze?

© AC 2018

Modello Medico vs Modello sociale

NECESSITÀ DI REINTERPRETARE LA RELAZIONE
TRA IL FUNZIONAMENTO DELLA PERSONA E I CONTESTI DI VITA

© AC 2018

Modello Medico VS Modello sociale

- Disabilità come problema personale;
- Trattamento medico individuale;
- Approccio specialistico alla persona e competenze settoriali;
- Cura sanitaria;
- Politica sanitaria

ADATTAMENTO INDIVIDUALE

- Disabilità come problema sociale;
- Evoluzione culturale e degli atteggiamenti;
- Azione collettiva e responsabilità sociale;
- Progettazione condivisa per la trasformazione dei contesti di vita;
- Riconoscimento dei diritti umani e delle pari opportunità di accesso e partecipazione nelle politiche di riforma

TRASFORMAZIONE DEI CONTESTI

© AC 2018

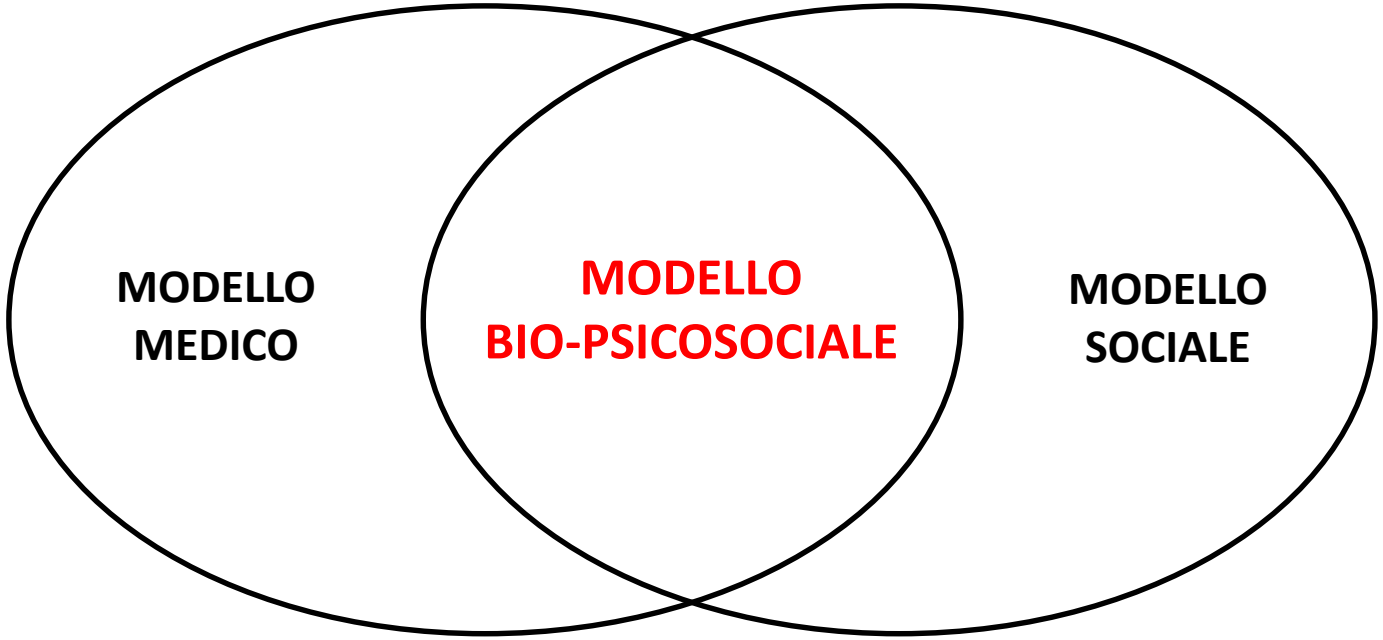
Elementi di criticità del Modello sociale

- **Tende a escludere la dimensione biologica della disabilità e la relativa esperienza soggettiva;**
- **Il carattere pervasivo della dimensione sociale tende ad assorbire la dimensione della corporeità e della relativa percezione;**
- **Il carattere oppressivo della società non è generalizzabile alla condizione di tutte le persone con disabilità (Ferrucci, 2004)**

© AC 2018

Modello Biopsicosociale

(ICF, 2001, p.23)



SINTESI CHE VUOLE FORNIRE UNA PROSPETTIVA COERENTE DELLE DIVERSE DIMENSIONI DELLA SALUTE A LIVELLO BIOLOGICO, INDIVIDUALE E SOCIALE

© AC 2018

International Classification of Functioning, Disability and Health

(ICF – OMS, 2001, pp. 16-33)

- Rappresenta una classificazione della salute e degli stati ad essa correlati;
- Offre una struttura concettuale per l'organizzazione delle informazioni che è applicabile all'assistenza sanitaria personale - comprese la prevenzione e la promozione della salute - e al miglioramento della partecipazione attraverso la rimozione o la diminuzione degli ostacoli sociali e la promozione di supporto sociale e di facilitatori;
- Si riferisce all'ampio contesto della salute e non copre circostanze che non sono ad essa correlate, come quelle causate da fattori socioeconomici;
- Non riguarda soltanto le persone con disabilità; in realtà esso riguarda tutti;
- Gli stati di salute e quelli ad essa correlati, associati a tutte le condizioni di salute possono trovare la loro descrizione nell'ICF.

APPLICAZIONE UNIVERSALE

© AC 2018

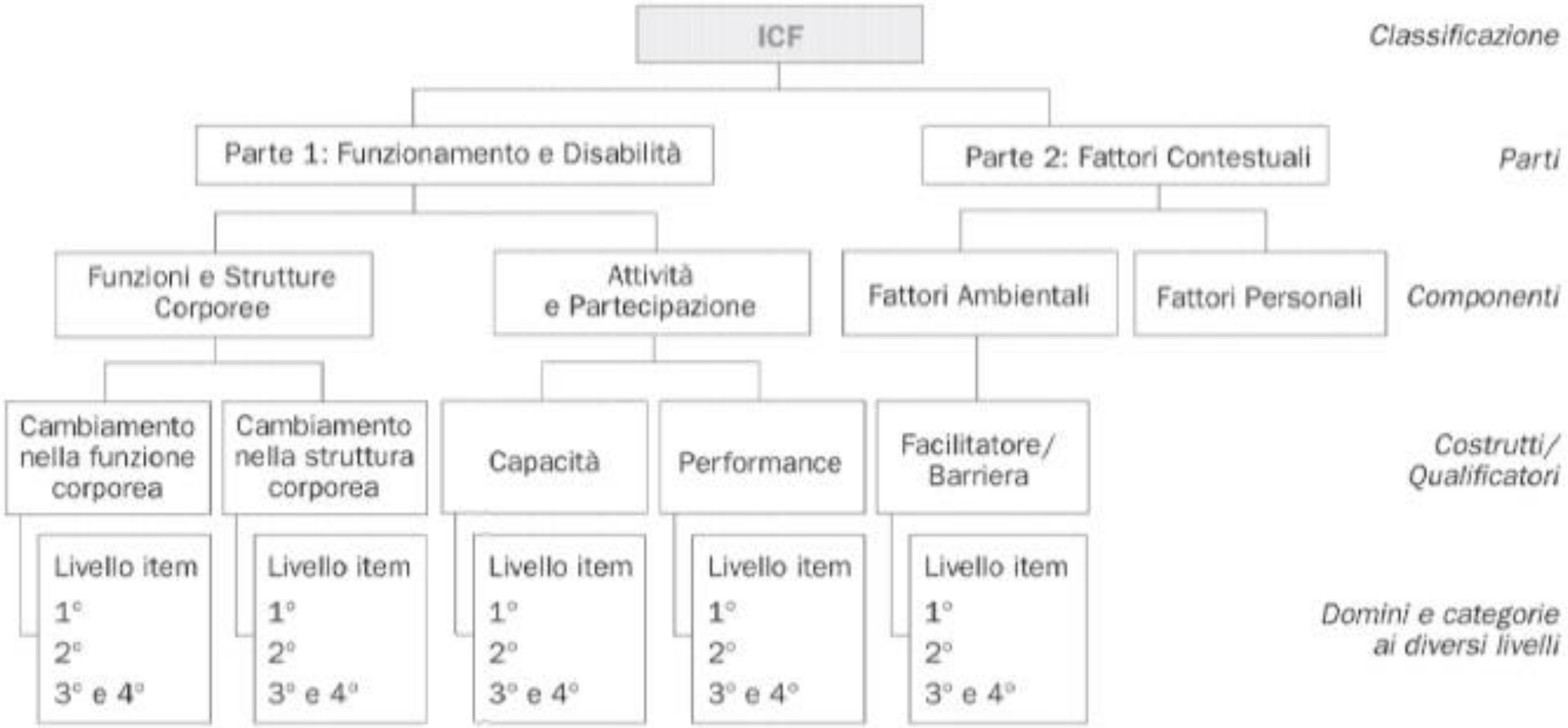
ICF e Modello Biopsicosociale

- Il funzionamento e la disabilità di una persona sono concepiti come **un'interazione dinamica tra le condizioni di salute (malattie, disturbi, lesioni, traumi, ecc.) e i fattori contestuali**;
- ICF considera le menomazioni come problemi delle funzioni e delle strutture corporee associate alle condizioni di salute;
- ICF non fornisce informazioni diagnostiche rispetto a malattie, traumi, ecc. (ICD-10) ma informazioni sul **funzionamento** della persona;
- ICF risponde alla necessità di un codice condiviso a livello internazionale per l'interpretazione del fenomeno della disabilità

© AC 2018

Struttura dell'ICF

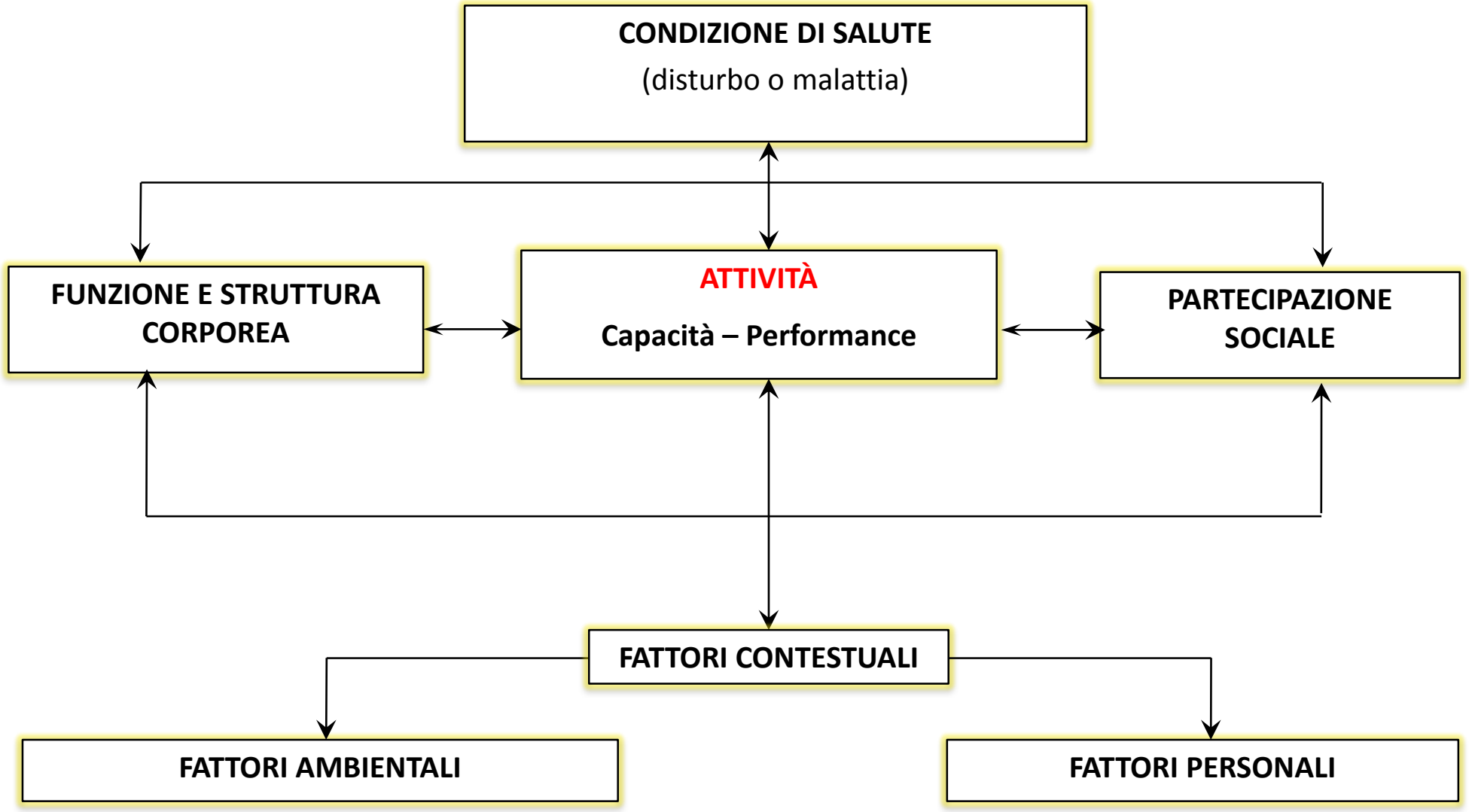
(OMS, 2001, p.186)



© AC 2018

International Classification of Functioning, Disability and Health

(OMS, 2001)



© AC 2018

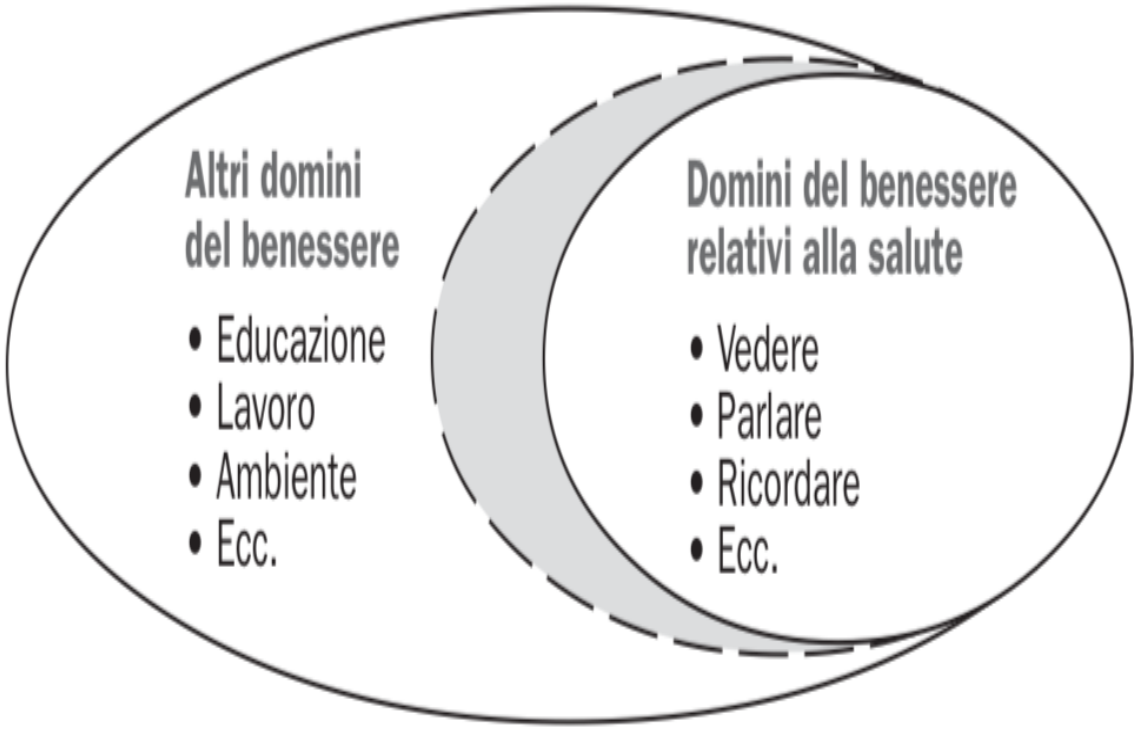
Salute e benessere nell'ICF

(OMS, 2001, pp.180-181)

Benessere: è un termine generale che racchiude tutto l'universo dei domini della vita umana, inclusi aspetti fisici, mentali e sociali, che costituiscono quella che può essere chiamata una «buona vita». I domini della salute sono un sottoinsieme di domini che costituiscono l'universo completo della vita umana.

Stati di salute e domini di salute: uno stato di salute è il livello di funzionamento all'interno di un dato dominio di salute. I domini di salute indicano aree di vita che sono ritenute parte della nozione di «salute».

Condizione di salute: è il termine ombrello per malattia (acuta o cronica), disturbo, lesione o trauma. Può inoltre comprendere altre circostanze come la gravidanza, l'invecchiamento, lo stress, un'anomalia congenita o una predisposizione genetica. Le condizioni di salute vengono codificate usando l'ICD-10.



© AC 2018

La dimensione biologica nell'ICF

(OMS, 2001, p. 182)

Strutture corporee: sono le parti strutturali o anatomiche del corpo come gli organi, gli arti e le loro componenti classificate secondo i sistemi corporei. Gli standard per queste strutture sono quelli considerati come norme statistiche per gli esseri umani.

Funzioni corporee: funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse quelle psicologiche. «Corporeo» si riferisce all'organismo umano nella sua interezza, includendo così il cervello. Per questo le funzioni mentali (o psicologiche) sono comprese nelle funzioni corporee.

Menomazione: è una perdita o una anormalità nella struttura del corpo o nella funzione fisiologica (comprese le funzioni mentali). Il termine «anormalità» viene usato solo ed esclusivamente per indicare uno scostamento significativo rispetto a norme statistiche stabilite (cioè come una deviazione da una media di popolazione nell'ambito di norme standard misurate) e dovrebbe essere utilizzato soltanto in questa accezione.

© AC 2018

Funzionamento e Disabilità nell'ICF

(OMS, 2001, p. 181)

Funzionamento: termine ombrello per le funzioni corporee, le strutture corporee, attività e partecipazione. Esso indica gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali).

Disabilità: termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della (alla) partecipazione. Esso indica gli **aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali)**.

© AC 2018

Attività e partecipazione nell'ICF

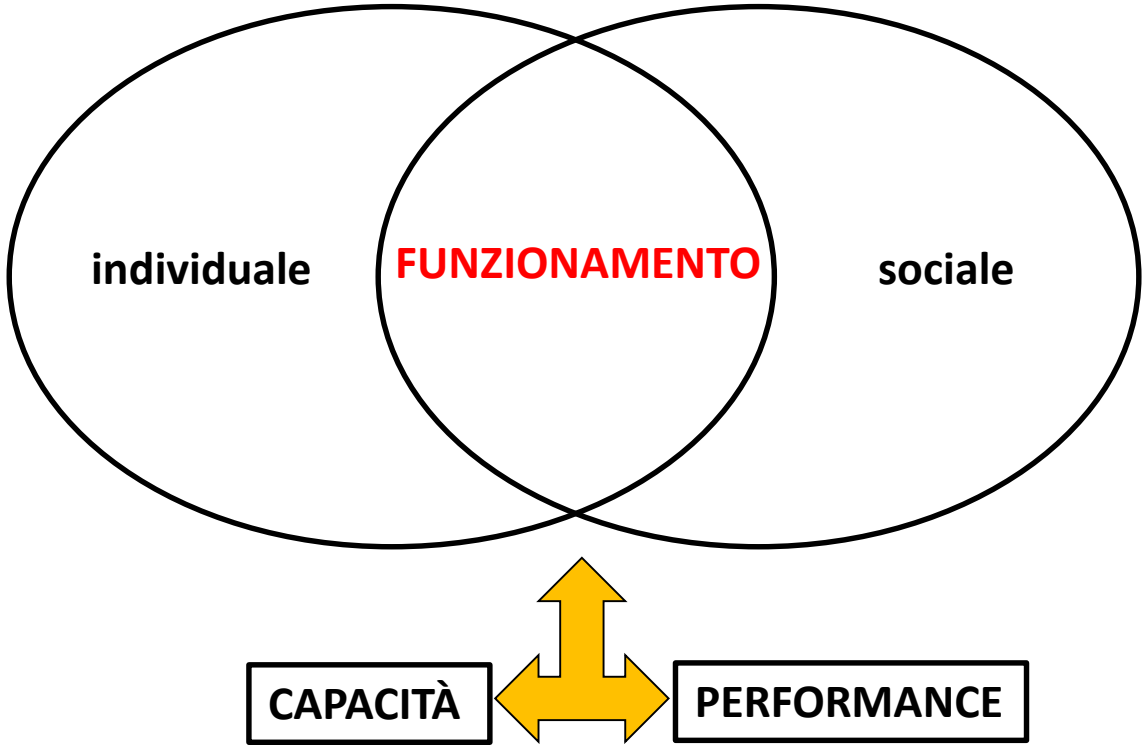
(OMS, 2001, p. 182)

Attività: esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Essa rappresenta la **prospettiva individuale del funzionamento**.

Limitazioni dell'attività: difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività. Una limitazione dell'attività può essere una deviazione da lieve a grave, in termini quantitativi o qualitativi, nello svolgimento dell'attività rispetto al modo o alla misura attesi da persone senza la condizione di salute.

Partecipazione: coinvolgimento di una persona in una situazione di vita. Essa rappresenta la **prospettiva sociale del funzionamento**.

Restrizioni della partecipazione: problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita. La presenza di una restrizione alla partecipazione viene determinata paragonando la partecipazione dell'individuo con quella che ci si aspetta da un individuo senza disabilità in quella stessa cultura o società. **SOSTITUISCE il TERMINE HANDICAP**



© AC 2018

Capacità e Performance nell'ICF

(OMS, 2001, p. 182)

Capacità: indica il più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un momento determinato in un dominio nella lista di Attività e Partecipazione. La capacità viene misurata in un ambiente considerato come standard o uniforme, e riflette quindi l'abilità dell'individuo adattata all'ambiente. La componente Fattori Ambientali può essere usata per descrivere le caratteristiche di questo ambiente uniforme o standard.

Performance: quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale/reale, e quindi introduce l'aspetto del **coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita**.

© AC 2018

L’interazione persona-contesto nell’ICF

(OMS, 2001, p. 183)

FATTORI AMBIENTALI

tutti gli aspetti del mondo esterno che formano il contesto della vita di un individuo con un impatto sul funzionamento della persona (l’ambiente fisico e le sue caratteristiche, il mondo fisico creato dall’uomo, altre persone in diverse relazioni e ruoli, atteggiamenti e valori, sistemi sociali e servizi, e politiche, regole e leggi)

FATTORI PERSONALI

fattori contestuali correlati all’individuo (età, sesso, classe sociale, esperienze di vita ecc.), che non sono attualmente classificati nell’ICF

FATTORI CONTESTUALI

costituiscono l’intero contesto della vita di un individuo,
e in particolare il background in cui nell’ICF sono classificati gli stati di salute

FACILITATORI

- migliorano il funzionamento e riducono la disabilità;
- possono evitare che una menomazione o una limitazione dell’attività divengano una restrizione della partecipazione, migliorando la performance di un’azione nonostante il problema di capacità della persona

BARRIERE

- limitano il funzionamento e creano disabilità;
- ostacolano il coinvolgimento delle persone con una condizione di salute in tutte le aree di vita

© AC 2018

Esempio di utilizzo dei qualificatori e delle scale

(OMS, 2001, pp. 38-42)

TABELLA 6.1
Qualificatori

Componenti	Primo qualificatore	Secondo qualificatore
Funzioni Corporee (b)	Qualificatore generico con significato negativo usato per indicare il grado o l'entità di una menomazione *Es.: b167.3 per indicare una grave menomazione relativa a specifiche funzioni del linguaggio*	Nessuno
Strutture Corporee (s)	Qualificatore generico con significato negativo usato per indicare il grado o l'entità di una menomazione *Es.: s730.3 per indicare una grave menomazione dell'arto superiore*	Usato per indicare la natura del cambiamento nella relativa struttura corporea: 0 nessun cambiamento nella struttura 1 assenza totale 2 assenza parziale 3 parte in eccesso 4 dimensioni anormali 5 discontinuità 6 posizione deviante 7 cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluidi 8 non specificato 9 non applicabile *Es.: s730.32 per indicare la parziale assenza dell'arto superiore*
Attività e Partecipazione (d)	Performance Qualificatore generico Problema nell'ambiente attuale della persona *Es.: d5101.1_ per indicare lieve difficoltà nel farsi il bagno con l'uso di ausili che sono disponibili per la persona nel suo ambiente attuale*	Capacità Qualificatore generico Limitazione senza assistenza *Es.: d5101._2 per indicare media difficoltà nel farsi il bagno; implica che c'è una difficoltà media senza l'uso di ausili o assistenza personale*
Fattori Ambientali (e)	Qualificatore generico con significato negativo e positivo per indicare rispettivamente l'entità delle barriere o dei facilitatori *Es.: e130.2 per indicare che i prodotti per l'istruzione sono una barriera media. Viceversa, e130+2 indicherebbe che i prodotti per l'istruzione sono un facilitatore medio.*	Nessuno

xxx.0	NESSUN problema	(assente, trascurabile...)	0-4%
xxx.1	problema LIEVE	(leggero, piccolo...)	5-24%
xxx.2	problema MEDIO	(moderato, discreto...)	25-49%
xxx.3	problema GRAVE	(notevole, estremo...)	50-95%
xxx.4	problema COMPLETO	(totale...)	96-100%
xxx.8	non specificato		
xxx.9	non applicabile		

© AC 2018

Linearità (ICIDH-1) VS Interazione (ICF)

(Medeghini & Valtellina, 2008, p.50)

ICIDH-1	ICF		
		Funzionamento	**Disabilità**
Menomazione (perdita, anormalità) ↓	Funzioni Strutture corporee	Integrità funzionale strutturale	Menomazione
Disabilità (limitazione conseguente ↓	Attività Partecipazione	Attività Partecipazione	Limitazione Restrizione
		Fattori contestuali	**Fattori contestuali**
Handicap (svantaggio)	Fattori ambientali	Facilitatori	Barriere Ostacoli
	Fattori personali	Non inseriti nella classificazione	Idem

© AC 2018

Modello di Sviluppo Umano (MDH)

(Fougeyrollas & Charrier, 2013)

Illustrare le dinamiche del **processo interattivo tra fattori personali (intrinseci) e i fattori ambientali (estrinseci)** che determinano il **risultato della situazione nell'esecuzione e nella realizzazione delle abitudini di vita corrispondenti all'età, al sesso e all'identità socioculturale delle persone**

© AC 2018

Modello di Sviluppo Umano – Processo di Produzione della Disabilità (MDH-PPH)

(Fougeyrollas & Charrier, 2013)

- Il **Processo di Produzione della Disabilità (PPD)** si riferisce a un **modello concettuale ecosistemico** che facilita l'identificazione, la descrizione e la spiegazione delle cause e delle conseguenze delle malattie, traumatismi e altri disturbi dello sviluppo della persona;
- La causa della disabilità non deriva dalla persona ma dall'interazione tra le sue caratteristiche individuali e quelle del suo contesto di vita;
- Se non consideriamo realmente l'interazione tra i fattori ambientali (fisici e sociali), i fattori personali (identità), i fattori organici (funzionamento, etc.) e il potenziale di sviluppo non è possibile progettare, organizzare e fornire i servizi alla popolazione, alle persone con disabilità e alle loro famiglie, creando situazioni di disabilità o la negazione dei diritti umani.

© AC 2018

Modello di Sviluppo Umano – Processo di Produzione della Disabilità (MDH-PPH)

Modello concettuale che misura il grado di realizzazione delle abitudini di vita della persona nei suoi contesti di vita
(Fougeyrollas, 2010)

I "fattori ambientali" nel contesto della persona o della popolazione possono rivelarsi facilitatori od ostacoli

Considerazione dei fattori identitari all'interno dei "fattori personali" che interagiscono con i sistemi organici, influenzando le capacità di individui e popolazioni

Il livello di realizzazione delle abitudini di vita di una persona o una popolazione è determinato dal risultato dell'interazione tra fattori personali e fattori ambientali nell'ambiente di vita

CONSIDERARE LA PERSONA NELLA SUA INTEREZZA E NON FRAMMENTATA IN ETICHETTE E DIAGNOSI

© AC 2018

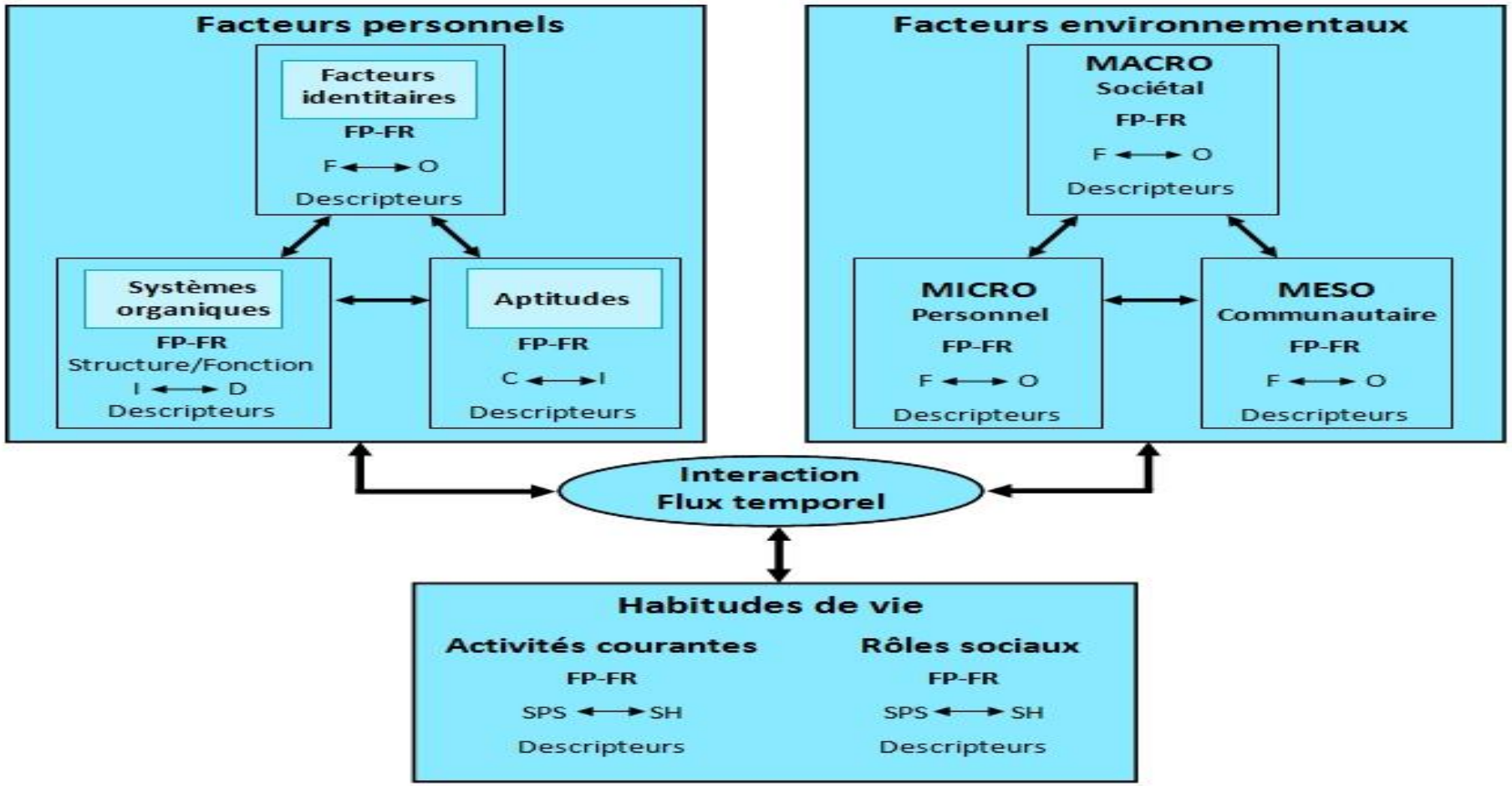
Processo di Produzione della Disabilità (PPD)

(Fougeyrollas & Charrier, 2013, p.2)

- Il PPD si distingue dal MDH poiché aggiunge a questo modello il concetto di «**fattori di rischio**» legati sia agli aspetti organici, sia alle attitudini;
- Il PPD introduce l'idea che i «fattori ambientali» relativi al contesto di vita di una persona o di una popolazione possano facilitare od ostacolare la realizzazione di attività quotidiane o di ruoli sociali;
- Infine, il PPD si basa sull'ipotesi che il tipo di aiuto richiesto e il livello di realizzazione delle abitudini di vita delle persone o delle popolazioni rivelano il loro grado di partecipazione o di esclusione sociale alla vita quotidiana.

© AC 2018

Modèle de développement humain et Processus de production du handicap (MDH-PPH 2) (Fougeyrollas, 2010)



Légende :
FP-FR : Facteur protecteur-Facteur de risque
F ⟷ O : Facilitateur ⟷ Obstacle
I ⟷ D : Intégrité ⟷ Déficience
C ⟷ I : Capacité ⟷ Incapacité
SPS ⟷ SH : Situation de participation sociale ⟷ Situation de handicap

© AC 2018

Concetti del Processo di Produzione della Disabilità (PPD)

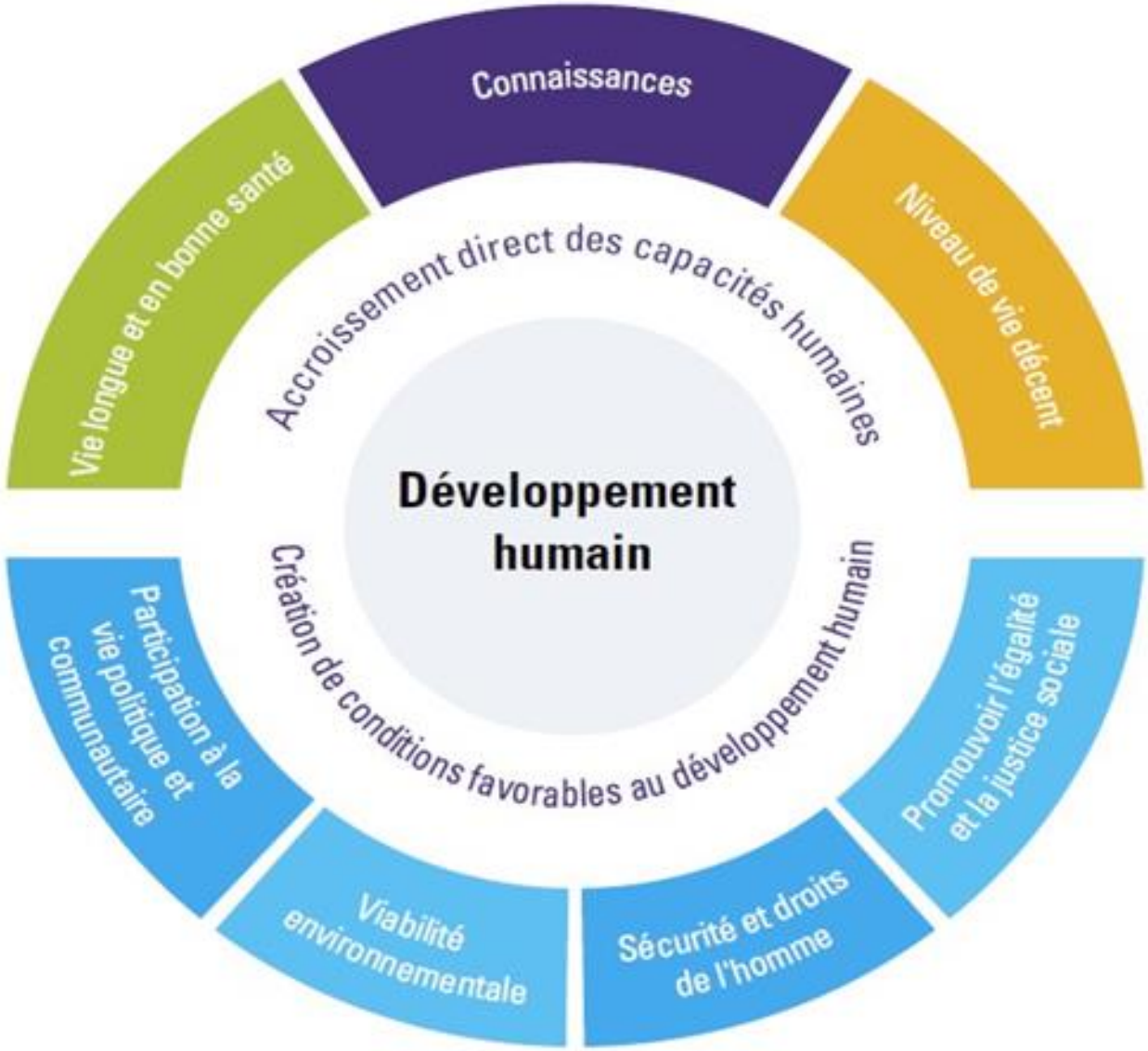
(Fougeyrollas & Charrier, 2013, p.4)

- I «fattori personali», i «fattori ambientali» e le «abitudini di vita» sono ambiti concettuali neutri che, di fatto, non presuppongono che le persone in situazione di disabilità presentino necessariamente disturbi o menomazioni relativi alle strutture corporee;
- Le caratteristiche individuali (estetiche, corporee o funzionali) determinano buona parte dei «fattori personali» i quali si distinguono dai «fattori ambientali» che includono gli elementi sociali e fisici che costituiscono parte del contesto di vita;
- Le «abitudini di vita» fanno riferimento al risultato dell'interazione tra fattori personali e ambientali in un determinato momento-situazione.
- Ciò determina la differenza concettuale tra la capacità di una persona di realizzare un'attività fisica o mentale e la sua possibile utilizzazione in un'attività di vita quotidiana o in un ruolo sociale, sempre definito nell'ambito di un determinato contesto di vita.

© AC 2018

Modello di Sviluppo Umano – Processo di Produzione della Disabilità (MDH-PPH)

(Fougeyrollas & Charrier, 2013)



© AC 2018

Valutazione delle «abitudini di vita»

(Fougeyrollas, 1998; Fougeyrollas & Charrier, 2013, p. 5)

Esempio di classificazione delle abitudini di vita

Attività	Ruoli sociali
Comunicazione	Responsabilità
Spostamenti-Mobilità	Relazioni Interpersonali
Nutrizione	Vita Comunitaria
Cura della persona	Educazione
Stato corporeo	Lavoro
Abitazione	Tempo Libero

Grado di soddisfazione

- Molto insoddisfacente
- Insoddisfacente
- ± Soddisfacente
- Soddisfacente
- Molto soddisfacente

Valutazione della qualità della partecipazione sociale

Per ciascuna abitudine di vita indicare:

a. In quale modalità la realizza abitualmente (singola risposta);

b. Quale tipo di aiuto ha bisogno

(una o più risposte a seconda dei casi).

Livello di realizzazione	Tipo di aiuto
Senza difficoltà	Senza aiuto
Con difficoltà	Aiuto tecnico
Realizzato attraverso sostituzione	Adattamento
Non realizzabile	Aiuto umano
Non applicabile	

© AC 2018

Categorie dei fattori personali, dell' «ambiente di vita» e dei «fattori di rischio»

(Fougeyrollas, 1998; Fougeyrollas & Charrier, 2013, p. 7)

Categorie dei sistemi organici:

Sistema nervoso, Sistema respiratorio, Sistema muscolare, Sistema cardiovascolare, Sistema scheletrico, etc.

Categorie dei fattori ambientali (sociali e fisici):

Fattori Sociali	Fattori Fisici
Sistemi politici e istituzioni governative	Geografia fisica (morfologia, posizione territorio, etc.)
Sistema giuridico	Clima
Sistema economico	Tempo
Sistema sociosanitario	Rumori
Sistema educativo	Architettura
Infrastrutture pubbliche	Piano territoriale
Organizzazioni comunitarie	Tecnologie
Regole sociali	

Categorie dei fattori di rischio:

Rischi Biologici; Rischi nell'interazione con l'ambiente fisico;
Rischi nell'interazione con l'organizzazione sociale;
Rischi relativi alle condotte individuali e/o sociali

© AC 2018

Valutazione dell' «ambiente di vita»

(Fougeyrollas, 1998; Fougeyrollas & Charrier, 2013, p. 6)

Considerando le abilità e le limitazioni funzionali, indicare fino a che punto le situazioni o i fattori relativi alle attività influenzano la sua vita quotidiana

Attività	Barriere/ Facilitatori	Descrittori Valutazione	Valori
....	Barriere	Molto rilevante	-3
		Rilevante	-2
		Poco rilevante	-1
		Nessuna influenza	0
	Facilitatori	Poco rilevante	+1
		Rilevante	+2
		Molto rilevante	+3

© AC 2018

Differenze tra PPD e ICF

(Fougeyrollas & Charrier, 2013)

- Il PPD si distingue dall'ICF nella concettualizzazione dello sviluppo umano basata su un'impostazione prettamente antropologica e pedagogica legata al riconoscimento dei diritti umani per definire la dinamica interattiva tra i fattori personali e i fattori ambientali alla base del risultato delle diverse situazioni che determinano la realizzazione delle abitudini di vita (attività quotidiane e funzioni sociali);
- Il PPD ha come finalità anche di ottenere che gli attori sociali siano più consapevoli e si assumano meglio le loro responsabilità nei confronti delle persone con disabilità e delle loro famiglie, così come lo sviluppo di una società inclusiva;
- Il PPD consente di valutare anche i modelli di organizzazione dei servizi e dei progetti, così come l'adozione delle politiche sociali che garantiscono le pari opportunità e l'esercizio dei diritti delle persone con disabilità, attraverso azioni coordinate tra i vari attori politici e istituzionali per garantire servizi che rispondono realmente alle loro aspettative e necessità;
- Sebbene l'ICF abbia adottato un approccio sistemico e universale alla disabilità, gli autori del PPD ritengono che l'ICF risponda a un compromesso socioeconomico e politico nella definizione di un modello bio-psicosociale che non considera in maniera euristica i fattori contestuali.

© AC 2018

Il PPD e il paradigma dei Diritti Umani

- Rispetto della dignità e dell'autonomia individuale di tutti e di ciascuno che include la libertà di scegliere, e la piena partecipazione e inclusione delle persone con disabilità;
- Importanza dei fattori ambientali e della considerazione del contesto di vita nelle varie situazioni esistenziali;
- La non discriminazione e l'accessibilità materiale e sociale nei vari contesti di vita;
- La responsabilità condivisa dei vari attori sociali;
- Il raggiungimento delle pari opportunità per una società realmente inclusiva.

INCLUSIONE COME APPROCCIO UNIVERSALE

© AC 2018

Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità

(ONU, 2006)

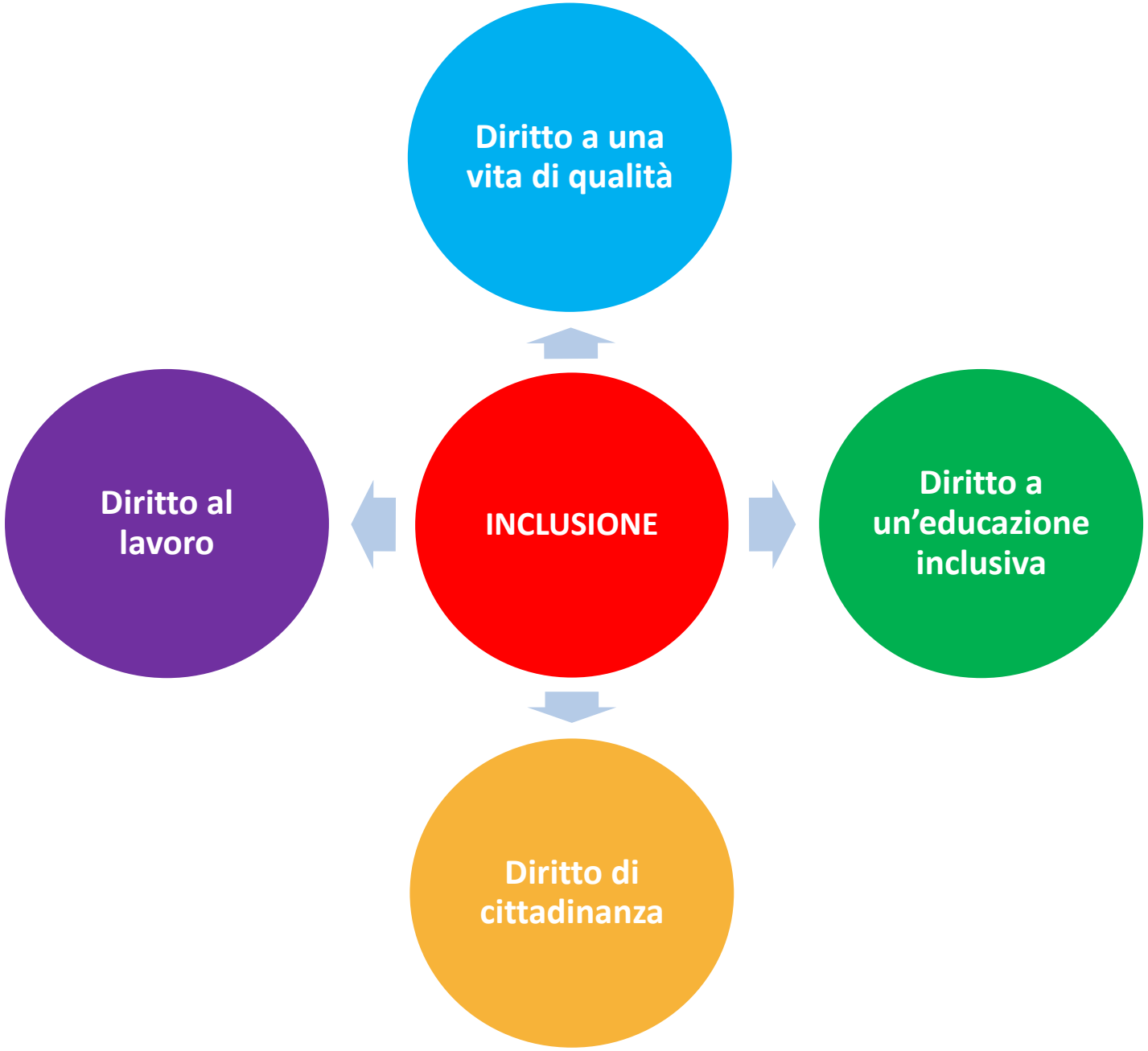
- Rispondere al circolo vizioso negazione diritti-discriminazione - non accessibilità - mancanza pari opportunità - povertà a cui sono soggette molte persone con disabilità nel mondo;
- Sollecitare il riconoscimento dei diritti umani in tutti gli Stati per incontrare i bisogni delle p.c.d.;
- **Educare tutta la società al nuovo modello della disabilità basato sul rispetto dei diritti umani**

  (Griffo in Baratella & Littamè, 2009, pp. 9-14)

Affermazione dell'universalità e della garanzia dei diritti di tutte le p.c.d. impegnando gli Stati a intervenire strutturalmente con politiche, riforme e risorse idonee

© AC 2018

Convenzione sui Diritti delle Persone con Disabilità



© AC 2018

Disabilità e Inclusione tra progettazione universale e accomodamento ragionevole (ONU, 2006)

- Per persone con disabilità si intendono coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettive o sensoriali che in interazione con barriere di diversa natura possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri (Articolo 1);
- Per "accomodamento ragionevole" si intendono le modifiche e gli adattamenti necessari ed appropriati che non impongano un onere sproporzionato o eccessivo adottati, ove ve ne sia necessità in casi particolari, per garantire alle persone con disabilità il godimento e l'esercizio, su base di uguaglianza con gli altri, di tutti i diritti umani e delle libertà fondamentali;
- Per "progettazione universale" si intende la progettazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate. La "progettazione universale" non esclude dispositivi di sostegno per particolari gruppi di persone con disabilità ove siano necessari.

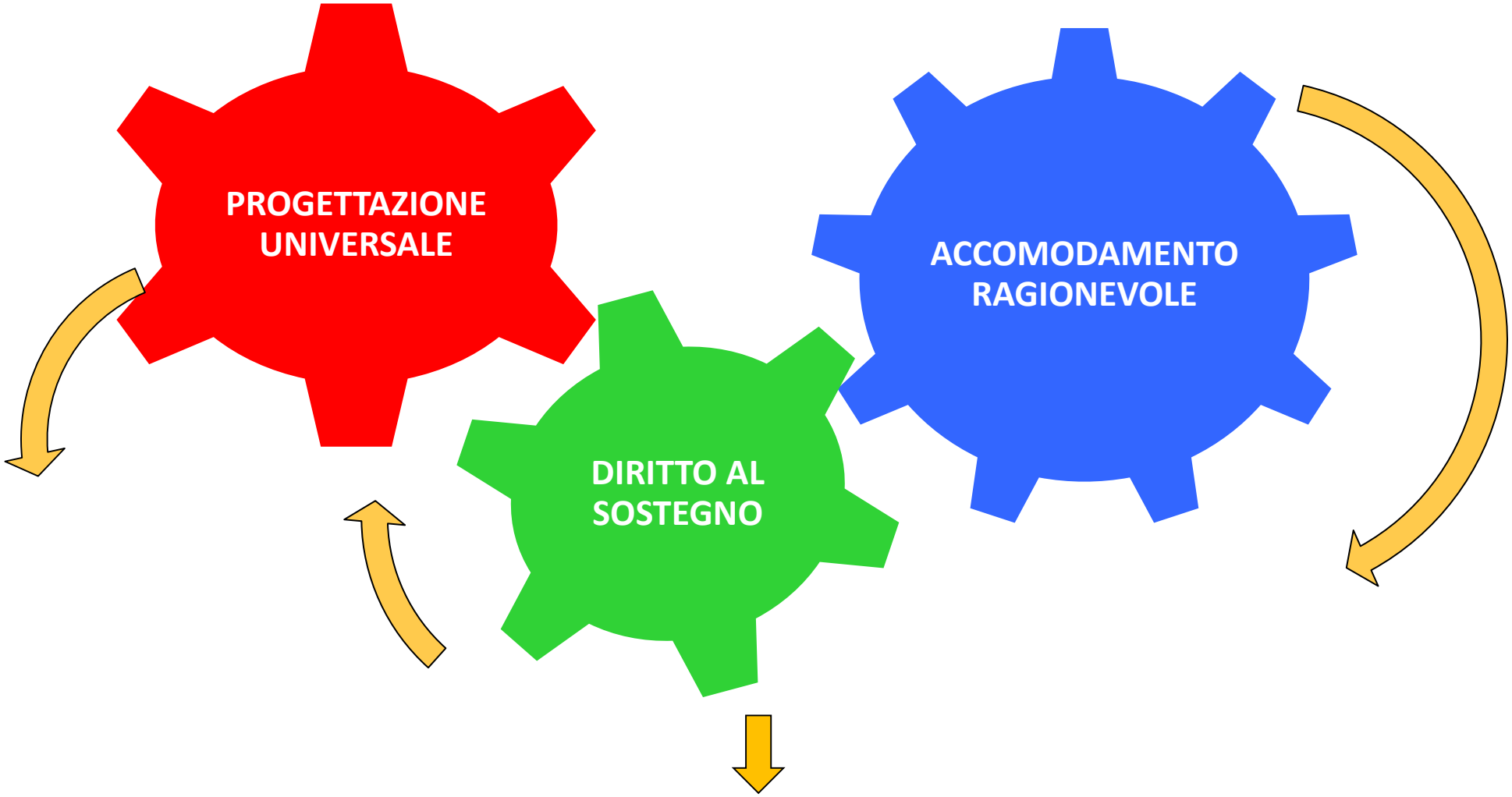
© AC 2018

Principi della progettazione universale

- **Equità di utilizzo**: La progettazione è utile e vendibile a persone con diverse abilità
- **Flessibilità di utilizzo**: La progettazione risponde a un'ampia gamma di preferenze e abilità individuali
- **Uso semplice e intuitivo**: L'utilizzo è facile da capire, indipendentemente dall'esperienza dell'utente, dalle conoscenze, dalle abilità linguistiche o dal livello di concentrazione attuale
- **Informazione percepibile**: Comunicazione efficace delle informazioni necessarie all'utente, indipendentemente dalle condizioni ambientali o dalle capacità sensoriali dell'utente
- **Tolleranza all'errore**: Riduzione al minimo dei rischi e delle conseguenze negative di azioni accidentali o non intenzionali
- **Basso sforzo fisico**
- **Misure e spazio appropriati per l'approccio e l'uso**: Dimensioni e spazio appropriati per la manipolazione e l'uso indipendentemente dalle dimensioni, dalla postura o dalla mobilità del corpo dell'utente

© AC 2018

Diritto a un'educazione inclusiva (ONU, 2006, art. 24)



Fornire efficaci misure di sostegno personalizzato in ambienti che ottimizzino il progresso scolastico e la socializzazione, conformemente all'obiettivo della piena integrazione

© AC 2018

L’educazione inclusiva

(UNESCO, 2009, p.4)

«Inclusive education is a process that involves the transformation of schools and other centres of learning to cater for all children – including boys and girls, students from ethnic and linguistic minorities, rural populations, those affected by HIV and AIDS, and those with disabilities and difficulties in learning and to provide learning opportunities for all youth and adults as well. Its aim is to eliminate exclusion that is a consequence of negative attitudes and a lack of response to diversity in race, economic status, social class, ethnicity, language, religion, gender, sexual orientation and ability. Education takes place in many contexts, both formal and non-formal, and within families and the wider community. Consequently, inclusive education is not a marginal issue but is central to the achievement of high quality education for all learners and the development of more inclusive societies. Inclusive education is essential to achieve social equity and is a constituent element of lifelong learning»

© AC 2018

Diritto a un'educazione inclusiva (ONU, 2006, art. 24)

Istruzione come principale strumento per:

- il pieno sviluppo delle potenzialità, della dignità e dell'autostima di ogni persona;
- il rafforzamento dei diritti umani, delle libertà fondamentali e delle diversità umane;
- favorire una piena partecipazione delle p.c.d.

RICONOSCERE POTENZIALITÀ

AFFERMAZIONE VALORE DIFFERENZA

SVILUPPO AUTOSTIMA

SVILUPPO PERSONALITÀ, TALENTI, CREATIVITÀ COME FINALITÀ DEI SISTEMI EDUCATIVI

© AC 2018

L’educazione inclusiva per un’istruzione di qualità

(Baratella & Littamè, 2009, pp. 101-103)

- Insegnamento come mobilitazione di abilità, saperi ed esperienze degli allievi e non mera trasmissione di conoscenze;
- Scuola come «laboratorio di vita dove ogni bambino/a trova spazi personali e sociali di sviluppo e crescita, sostegno nell’organizzare e sviluppare le conoscenze, nel tradurre gli insegnamenti in strategie» (p.101);
- «Il nostro insegnamento tende al programma, mentre la vita ci richiede strategia, e se possibile, anche serendipità e arte» (Morin, 2000, p.63)

SVILUPPO DI COMPETENZE (STRATEGIE) ≠ ADDESTRAMENTO (PROGRAMMA)

© AC 2018

Un’educazione inclusiva per un’istruzione di qualità

(European Agency for Special Needs and Inclusive Education, 2014)

- «L’educazione inclusiva è un bene per tutti: l’educazione inclusiva mira a offrire istruzione di qualità a tutti gli alunni. Per ottenere una scuola inclusiva è necessario il sostegno dell’intera comunità: dai decisori agli utenti finali (gli alunni e le loro famiglie). È necessaria una collaborazione a tutti i livelli e tutte le parti interessate devono avere una visione dei risultati a lungo termine – ovvero il tipo di giovani che la scuola e la comunità “produrranno”. Sono necessarie modifiche a terminologia, attitudini e valori al fine di riflettere il valore aggiunto della diversità e della partecipazione paritaria» (p.6);
- «La creazione delle condizioni necessarie per un’efficace inclusione degli alunni con esigenze particolari nei contesti tradizionali è vantaggiosa per l’insieme dei discenti» (Consiglio dell’Unione Europea, 2010, p. 5);
- «Mentre sempre più paesi si muovono verso una definizione più ampia di educazione inclusiva, la diversità è riconosciuta come “naturale” in qualsiasi gruppo di discenti e l’educazione inclusiva può essere vista come un mezzo per migliorare i risultati attraverso la presenza (accesso all’istruzione), la partecipazione (qualità dell’esperienza di apprendimento) e il rendimento (processi di apprendimento e risultati) di **tutti** gli alunni (pp.10-11).

EQUITÀ DI TRATTAMENTO = QUALITÀ DELL’ISTRUZIONE PER TUTTI GLI ALUNNI (UNESCO, 2009)

© AC 2018

Le diverse visioni dell'inclusione

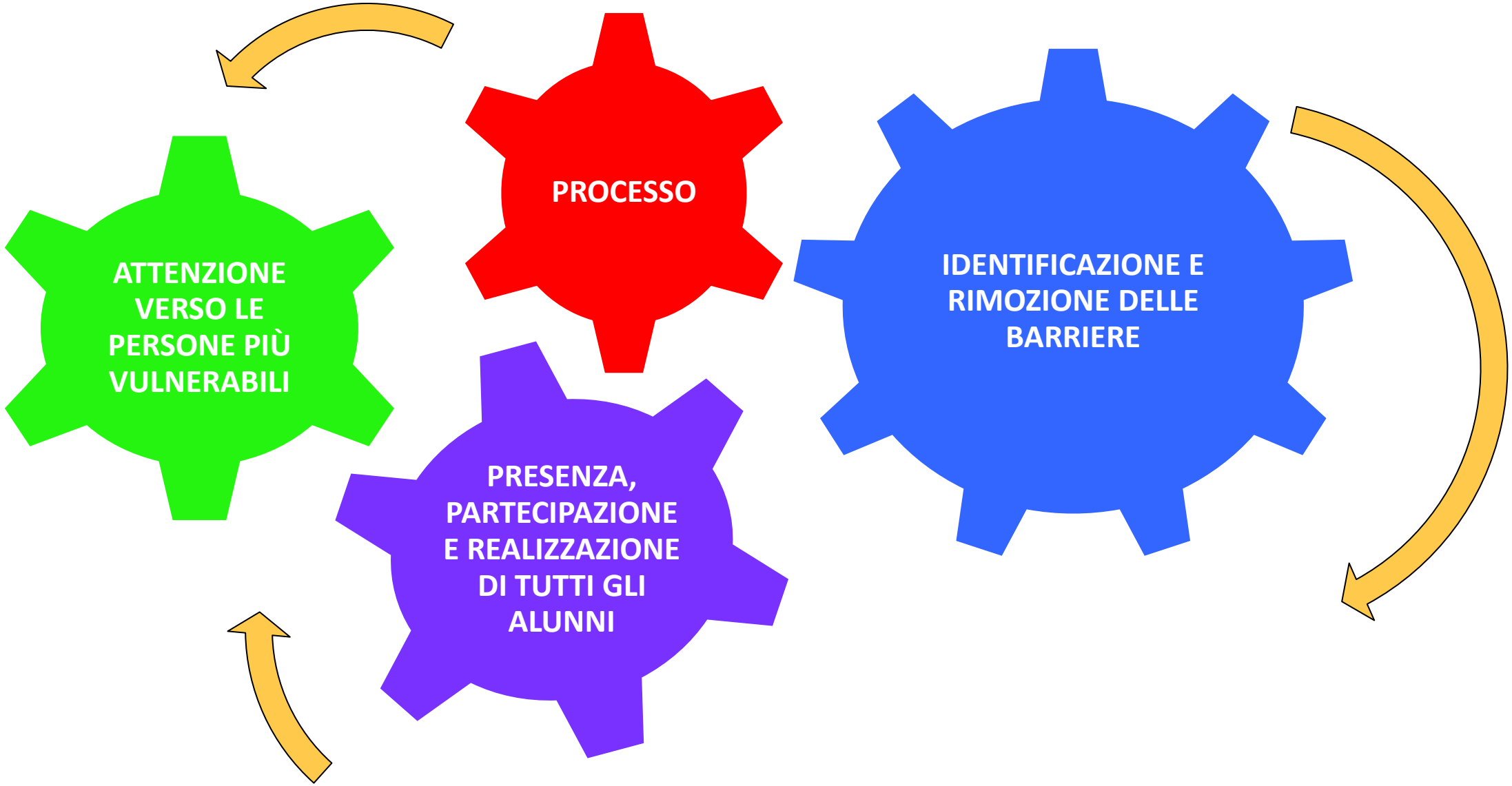
(Ainscow, Farrell & Tweddle, 2000)

1. Inclusione riferita alla disabilità e ai bisogni educativi speciali;
2. Inclusione come risposta alle esclusioni legate alla condotta (disciplina);
3. Inclusione riferita a tutti gruppi vulnerabili e a rischio di esclusione;
4. Inclusione come promozione di una scuola per tutti
5. Inclusione come educazione per tutti

CONFUSIONE SULLA DEFINIZIONE DI "INCLUSIONE" E DI "EDUCAZIONE INCLUSIVA"

Per un significato condiviso dell’educazione inclusiva

(Ainscow, 2005)



© AC 2018

Per un significato condiviso dell’educazione inclusiva

(cfr. Ainscow, 2005, p.15)

PROCESSUALITÀ intesa come una ricerca senza fine per trovare le strategie migliori nel rispondere alla diversità, per imparare a vivere con la differenza, imparando come imparare dalla differenza;

IDENTIFICAZIONE E RIMOZIONE DELLE BARRIERE implica la raccolta e la valutazione di informazioni da un'ampia varietà di fonti al fine di pianificare miglioramenti nella politica e nella pratica, stimolando la creatività e la risoluzione di problemi;

PRESENZA, PARTECIPAZIONE E REALIZZAZIONE DI TUTTI GLI ALUNNI in relazione agli spazi e ai tempi della frequenza da condividere con i pari attraverso esperienze partecipative e di qualità e la realizzazione di risultati dell'apprendimento attraverso lo sviluppo delle competenze utili allo sviluppo personale;

ATTENZIONE VERSO LE PERSONE PIÙ VULNERABILI come responsabilità morale per garantire che i gruppi più “a rischio di esclusione” siano attentamente monitorati e che, laddove necessario, siano presi provvedimenti per assicurare la loro presenza, partecipazione e successo nel sistema educativo.

I Pilastri della Società Inclusiva

(Gardou, 2016)

1. Non possiamo essere privati di un patrimonio comune perché la società non è un club e l'inclusione non significa essere inglobati nel club;
2. La normalità non esiste mentre la diversità esiste in tutto il mondo;
3. Non possiamo essere considerati solo in base ai nostri bisogni ma dobbiamo essere riconosciuti nella propria globalità di persona umana. "Vivere senza esistere è la più crudele delle esclusioni";
4. Non marginalizzare ed escludere le relazioni e gli stimoli tra pari e non gerarchizzare tra persone perché "non esiste una vita minuscola".

Bibliografia e Sitografia

Agenzia Europea per i Bisogni Educativi Speciali e l'Istruzione Inclusiva (2014). *Cinque messaggi chiave per l'educazione inclusiva. Dalla Teoria alla Prassi*. Odense: Agenzia Europea per i Bisogni Educativi Speciali e l'Istruzione Inclusiva

Ainscow, M. (2005). Understanding the development of inclusive education system. *Electronic Journal of Research in Educational Psychology*, 3(3), pp.5-20.

Ainscow, M., Farrell, P. And Tweddle, D. (2000). Developing policies for inclusive education: a study of the role of local education authorities. *International Journal of Inclusive Education*, 4(3), pp.211-229.

Baratella, P. & Littamè, E. (2009). I diritti delle persone con disabilità. Dalla Convenzione Internazionale ONU alle buone pratiche. Trento: Erickson.

Covelli, A. (2016). *Verso una cultura dell'inclusione. Rappresentazioni mediali della disabilità*. Roma: Aracne.

de Anna, L. (2014). *Pedagogia speciale. Integrazione e inclusione*. Roma: Carocci.

de Anna, L., Gaspari, P. & Mura, A. (Eds.). (2015). *L'insegnante specializzato. Itinerari di formazione per la professione*. Milano: FrancoAngeli.

Fougeyrollas, P. (2010). *La funambule, le fil et la toile : transformations réciproques du sens du handicap*. Québec: Presses de l'Université Laval.

Fougeyrollas, P., Bergeron, H., Cloutier, R., Côté, J. & St-Michel, G. (1998). *Classification québécoise : Processus de production du handicap*. Québec: Réseau international sur le Processus de production du handicap.

Fougeyrollas, P., St-Michel, G., Bergeron, H. & Cloutier, R. (1991). *Le processus de production des handicaps : analyse de la consultation, nouvelles propositions complètes.* Québec: Comité québécois et Société canadienne de la CIDIH, Réseau international, CIDIH, pp. 8-37.

Gardou, C. (2016). *Nessuna vita è minuscola. Per una società inclusiva*. Milano: Mondadori.

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

Moliterni, P. (2013). *Didattica e scienze motorie. Tra mediatori e integrazione*. Roma: Armando

Morin, E. (2000). *Una testa ben fatt*a. Milano: Raffaello Cortina.

Mura, A. (2012). *Pedagogia Speciale. Riferimenti storici, temi e idee*. Milano: FrancoAngeli.

UNESCO (2009). *Policy Guidelines on Inclusion in Education*. Paris: UNESCO.

United Nations (UN-ONU) (2006). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. In *Final report of the Ad Hoc Committee on a Comprehensive and Integral International Convention on the Protection and Promotion of the Rights and Dignity of Persons with Disabilities*.
Disponibile su: http://www.un.org/disabilities/convention/conventionfull.shtml

World Health Organization (WHO-OMS) (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneve: WHO. Disponibile su: http://apps.who.int/iris/bitstream/10665/42417/4/9788879466288_ita.pdf

© AC 2018