



CAPIRE IL "MODELLO SOCIALE DELLA DISABILITÀ"¹

Colin Barnes²

(traduzione di Angelo D. Marra³)

SOMMARIO: 1 Introduzione; 2 L'approccio medico alla disabilità; 3 Il modello sociale della disabilità; 4 Impatto del pensiero ispirato al modello sociale; 5 Considerazioni conclusive; Riferimenti.

ABSTRACT: Il c.d. "modello sociale della disabilità" (social model of disability) è uno strumento euristico che interpreta la disabilità come conseguenza di fattori sociali: la base concettuale è la distinzione tra "menomazione" (condizione fisica dell'individuo) e "disabilità" (imposta dalla collettività). Il Centre for Disability Studies della Università di Leeds in Gran Bretagna utilizza e diffonde il modello sociale della disabilità.

¹ Il testo è la traduzione integrale del discorso tenuto a Leeds il 5 aprile 2006 in occasione del seminario di ricerca sull'"Accesso ragionevole all'ambiente costruito per le persone con disabilità" (Reasonable Access to Built Environment for Disabled People). Il seminario costituisce parte integrante di un progetto di ricerca in corso di svolgimento, finanziato dalla Commissione Europea e riconosciuto dal Sesto Programma Quadro Europeo, che si propone l'obiettivo di individuare una strategia pan-europea di indirizzo delle politiche sulla disabilità, al fine ultimo di determinare le implicazioni politiche, tecniche ed economiche della questione della ragionevolezza in riferimento alle norme in materia di accesso delle persone disabili ad edifici e costruzioni.

La ricerca è condotta congiuntamente dalle Università di Leeds e di Malta e trae spunto da una consapevolezza pratica del fatto che le legislazioni nazionali degli Stati membri dell'Unione Europea, così come anche le relative direttive comunitarie, fanno uso del concetto di ragionevolezza, menzionandolo nell'endiadi "ragionevole accesso e sistemazione", ed esiste la possibilità concreta che ci siano fraintendimenti: ad esempio, potrebbe sembrare che la mancanza di idonee soluzioni per l'accesso alle costruzioni possa essere giustificabile con il pretesto della ragionevolezza. La legislazione contro la discriminazione nei confronti di persone disabili permette la discriminazione in certe circostanze e prevede poteri discrezionali presumibilmente esercitati dai soggetti tenuti all'applicazione della norma. In molti contesti resta di incerta interpretazione in capo a qual soggetto possano ascrivere tali poteri discrezionali e qual soggetto abbia l'obbligo di attuare l'interpretazione "ragionevole". Peraltro, in materia edilizia tale circostanza può atteggiarsi a fattore produttivo di tensione fra i vari gruppi portatori di interessi contrapposti, e fra i rispettivi "sistemi di valori", e può incidere sul modo in cui tali tensioni vengono sciolte in concreto. Fra le varie categorie di portatori di interessi possono individuarsi il legislatore, le persone disabili, le associazioni non governative ed altre associazioni di categoria, i fornitori di servizi, i proprietari o conduttori di edifici, nonché svariate altre professionalità di mediazione ivi incluse, a titolo esemplificativo, quelle dei settori architettonico, medico e legale.

Uno degli obiettivi principali della ricerca è quello di comporre ad unità la divergenza esistente fra due contrapposti "ordini di valori". Tale obiettivo può essere raggiunto solo indagando le problematiche attinenti alle diverse prospettive dei vari portatori di interessi coinvolti, e tenendo conto di come tali diversi ordini di valori possano incidere sui profili economici; si pensi ai costi connessi all'organizzazione strutturale necessaria ai fini della realizzazione delle misure previste per favorire l'accessibilità, dell'allocazione delle relative risorse e del finanziamento di tali misure. Si tratta di indagare, dunque, se e come sia realizzabile una riconciliazione fra questi diversi "ordini di valori". Come parte di questo processo, il seminario ha l'obiettivo di sollevare spunti per il dibattito usando una serie di documenti riassuntivi della posizione di ciascuno e le presentazioni di relatori coinvolti nel progetto di ricerca o che possano apportare un punto di vista pratico alla discussione in riferimento ai diversi angoli prospettici.

² Professore di Studi sulla Disabilità presso il Centre for Disability Studies, Facoltà di Sociologia e Politiche Sociali, University of Leeds, Gran Bretagna.

³ Avvocato e Dottore di Ricerca della Università degli Studi Mediterranea di Reggio Calabria, si occupa di diritto all'integrazione e all'inclusione sociale delle persone con disabilità. È stato *visiting research fellow* presso la University of Leeds partecipando, tra l'altro, a due incontri del *Research Project on Reasonable Access* inserito nel Sesto Programma Quadro della Commissione Europea.

In questo saggio viene fornita un'introduzione al modello sociale della disabilità: dapprima con una ricostruzione storica dell'evoluzione del concetto di "social model", poi con una esposizione dell'approccio tradizionale di tipo medico al problema della disabilità; successivamente si chiariscono alcuni aspetti controversi del modello sociale e si dà conto dell'impatto concreto del nuovo approccio ispirato al modello sociale anche a livello internazionale (O.N.U. ed Unione Europea). Infine, si segnala la necessità di lavorare ulteriormente per raggiungere la piena inclusione e partecipazione sociale delle persone con disabilità.

INTRODUZIONE

Sebbene l'espressione "*modello sociale di disabilità*" sia entrata per la prima volta nell'arena politica e sociale nel 1981, le sue fondamenta ideologiche sono sicuramente radicate nelle agitazioni politiche della metà del ventesimo secolo e nella politicizzazione della disabilità da parte di scrittori disabili e di attivisti nei primi anni '60⁴. Spesso citato come "la grande idea" del movimento delle persone con disabilità⁵, il pensiero ispirato al modello sociale della disabilità ha giocato un ruolo fondamentale nella mobilitazione dell'attivismo dei disabili e, più recentemente, nello sviluppo politico nel Regno Unito e in svariati paesi nel mondo⁶.

Ad ogni modo, nonostante l'apparente successo, sussiste ancora un generale fraintendimento su cosa sia effettivamente il *modello sociale* e su cosa rappresenti. In questo scritto intendo evidenziare taluni problemi che favoriscono il perpetuarsi di questa spiacevole situazione.

IL TRADIZIONALE APPROCCIO MEDICO INDIVIDUALISTICO ALLA DISABILITÀ

Per capire il significato delle implicazioni del pensiero ispirato al modello sociale è importante ricordare che fino a poco tempo fa la disabilità veniva vista quasi esclusivamente come un problema medico del singolo individuo o come una "tragedia personale". Sebbene sia comprovato, dal punto di vista antropologico, che la risposta della società alle persone con menomazioni, o con problemi di salute di lungo periodo, cambia considerevolmente a seconda del tempo, della cultura e dei luoghi, questo è il punto di vista che ha dominato la società occidentale almeno dal tardo diciottesimo secolo. In conseguenza di ciò le persone con disabilità sono state, nel tempo, tenute a distanza dai "normali" o "persone ordinarie", perché ponevano apertamente in discussione valori unanimemente accettati, quali "sfortunato, inutile, diverso, oppresso e malato".⁷

L'approccio medico individualistico alla disabilità è comunemente associato con la "*Classificazione Internazionale di Menomazioni, Disabilità ed Handicap*" ("*International Classification of Impairment, Disability and Handicap*", di seguito ICIDH) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La ICIDH venne sviluppata negli anni '70 da un gruppo di sociologi coordinati da Philip Wood. Lo scopo era quello di chiarire alcuni concetti e la terminologia che venivano usati in riferimento alla disabilità, al fine di facilitare la ricerca e le scelte politiche in quest'area di crescente importanza. In conseguenza dei danni della seconda guerra mondiale molti Stati avevano prodotto politiche assistenziali per persone "malate ed invalide", ma in ragione della crescente prosperità e dei progressi della medicina il numero delle persone con disabilità era cresciuto in misura sostanziale. Perciò la necessità di una ricerca che fosse accurata e che producesse risultati comparabili si è intensificata sia a livello nazionale che internazionale⁸.

⁴ Campbell e Oliver, 1996.

⁵ Hasler, 1993, pag. 80.

⁶ Barnes e Mercer, 2005.

⁷ Hunt, 1966, pag. 146.

⁸ Bury, 1997.

Concepita quale complemento della già esistente “*Classificazione Internazionale delle Malattie*” dell’OMS, la Classificazione Internazionale di Menomazioni, Disabilità ed Handicap propone una distinzione tripartita tra Menomazione, Disabilità, e Handicap.

Le tre diverse condizioni dell’uomo vennero definite come segue.

- *Menomazione*: qualsiasi perdita, o anormalità, di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche; essa rappresenta l’esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d’organo.
- *Disabilità*: qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a una menomazione) della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità rappresenta l’oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona. La disabilità si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno.
- *Handicap*: condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona, conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in relazione all’età, al sesso e ai fattori socio-culturali). Esso rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l’individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio deriva dalla diminuzione o dalla perdita delle capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell’universo che circonda l’individuo.

Per esporre la tripartizione in altri termini, la “*menomazione*” riguarda le parti del corpo che non lavorano “normalmente”, e la “*disabilità*” è incentrata sulle attività che una persona non può svolgere, soprattutto le abilità di base della vita di tutti i giorni, mentre l’“*handicap*” si riferisce alle conseguenze sociali di menomazione o disabilità, indifferentemente. Il processo di “*disabilitazione*”, nell’accezione di processo che conduce all’*handicap*, è rappresentato in termini di categorie di conseguenze ben distinte, ma collegate tra loro.

MALATTIA O DISTURBO – MENOMAZIONE – DISABILITÀ – HANDICAP

Il concetto fondamentale della classificazione ICIDH è basato sulla sequenza:

Menomazione --> Disabilità --> Handicap.

La classificazione ICIDH si presta ad essere criticata a diversi livelli. Le critiche possono riassumersi come segue:

* Si fonda esclusivamente su definizioni mediche e su assunti bio-fisici di “normalità”. Al contrario, come hanno dimostrato numerosi studi, la “normalità” è un concetto altamente controverso e influenzato da una varietà di fattori storici e culturali e da circostanze contingenti.

* La *menomazione* è definita come la causa sia della *disabilità* sia dell’*handicap*. Quest’ultimo è presentato come un fatto neutro a naturale e come conseguenza inevitabile di una delle due condizioni, *menomazione* o *disabilità*. È importante qui notare che non tutte le menomazioni colpiscono la capacità fisica o intellettuale dell’individuo.

* L’approccio adottato dalla classificazione ICIDH pone in una posizione di dipendenza le persone che abbiano una menomazione, reale o presunta. La loro condizione è analizzata da un punto di vista solo ed esclusivamente medico, e si basa sull’assunto che queste persone siano dipendenti da professionisti del campo medico per ogni tipo di supporto terapeutico e sociale.

In breve, poiché le menomazioni sono presentate come la causa prima del problema della disabilità, la logica impone che queste menomazioni vengano sradicate, minimizzate o “curate”. Ma quando le cure non sono efficaci, il che accade con una frequenza piuttosto elevata, le persone con menomazioni ed etichettate come “disabili” sono viste come non del tutto complete, non “normali”, e incapaci di partecipare e di apportare un contributo alla vita di tutti i giorni della comunità. Queste persone, perciò, hanno bisogno di “assistenza”. In

molti paesi questo ha portato alla nascita di una florida e costosa "industria della disabilità", che comprende istituzioni statali, imprese private, organizzazioni di carità e di volontariato, ed equipaggiata di vaste schiere di aiutanti professionisti fra cui dottori, infermiere, terapisti e operatori sociali. Il risultato complessivo è che quella inadeguatezza e dipendenza delle persone con disabilità che prima era solo presunta, diviene reale e viene rafforzata. Queste convinzioni non sono mai state seriamente messe in discussione fino agli anni '60 e alla comparsa del movimento delle persone con disabilità.

IL MODELLO SOCIALE DELLA DISABILITÀ

Come riferito sopra, l'attivismo dei disabili è sorto a metà del ventesimo secolo come risposta alle molteplici restrizioni economiche e sociali che le persone con disabilità subivano nella maggior parte delle società "industriali" occidentali. In reazione a ciò, in vari paesi del mondo l'attenzione di vari scrittori disabili cominciò a concentrarsi sull'esperienza della "disabilità" e dell'"handicap" come forma di oppressione sociale o addirittura discriminazione istituzionalizzata⁹.

A sostegno delle istanze politiche delle persone con disabilità e delle loro organizzazioni esiste una reinterpretazione socio-politica del fenomeno della disabilità, che viene comunemente definito il "modello sociale della disabilità". Originariamente ideato dagli attivisti disabili in Gran Bretagna, questo approccio deriva dalle esperienze di vita dirette delle persone con menomazioni nella società occidentale.

Senza dubbio, l'organizzazione più influente in termini di storia del pensiero ispirato al modello sociale della disabilità è l'Unione dei Disabili Fisici Contro la Segregazione, U.P.I.A.S. (*Union of the Physically Impaired Against Segregation*). Fondata nel 1974, agiva essenzialmente attraverso corrispondenza a carattere confidenziale e circolari diffuse tra i suoi membri. Questi scritti dovevano necessariamente mantenere carattere confidenziale perché molti membri dell'associazione vivevano in istituti.

I punti di vista espressi nei documenti dell'U.P.I.A.S. hanno condotto alla produzione dell'*U.P.I.A.S. policy statement and constitution* (la dichiarazione e costituzione della politica dell'U.P.I.A.S.), adottata per la prima volta nel 1974 e successivamente rivista nel 1976. Un'ampia discussione dell'analisi del U.P.I.A.S. sulla disabilità si trova nei "Principi Fondamentali della Disabilità" pubblicati nel 1976¹⁰. Tale documento contiene una reinterpretazione socio-politica della disabilità che delinea una distinzione cruciale tra il biologico ed il sociale, sicché: "**Menomazione**"¹¹ denota "la mancanza di una parte di un arto o di un intero arto, ovvero la circostanza di avere un arto o un meccanismo del corpo difettosi",

e

"**Disabilità**" è lo svantaggio o la restrizione di attività causati da una organizzazione sociale contemporanea che tiene in conto poco o per nulla le persone che hanno impedimenti fisici e perciò le esclude dalla partecipazione alle normali attività sociali¹².

In contrasto con le precedenti definizioni, l'U.P.I.A.S. ridefinì la disabilità come un qualcosa che una società intollerante ad ogni forma di imperfezione biologica, sia reale che immaginaria, attribuiva e imponeva alla vita delle persone con menomazioni. La responsabilità dello svantaggio vissuto dalle persone con disabilità è spostata dall'individuo disabile alle organizzazioni ed istituzioni della società contemporanea.

⁹ Si vedano, ad esempio, Höjer, 1951; Hunt, 1966; Bowe, 1978.

¹⁰ Documento pubblicato dall'U.P.I.A.S., 1976.

¹¹ La distinzione in lingua inglese è tra *impairment* e *disability*. Il termine *impairment* letteralmente significa menomazione, e questo spiega l'ampio uso della parola e suoi derivati nel corso del testo. Talvolta il termine inglese è stato tradotto con "impedimento" [N.d.T.].

¹² U.P. I.A.S., 1976, pag. 3-4.

Per mettere in pratica l'idea, Mike Oliver coniò l'espressione "modello sociale della disabilità" nel 1981. Questa venne usata inizialmente nei tirocini degli operatori sociali e professionali che lavoravano nel campo della disabilità¹³ e, più tardi, come strumento principale nel *Disability Equality Training*¹⁴ in opposizione al *disability awareness training* che era solitamente costruito su considerazioni e argomenti tradizionali, individualistici e specifici per la menomazione considerata.

È importante ricordare, in questa sede, cosa è effettivamente il modello sociale della disabilità. È un modello: ciò che i sociologi chiamano uno *strumento euristico*, ovvero un aiuto per la comprensione di un fenomeno. Tuttavia, in considerazione di talune recenti affermazioni imprecise su quello che il modello sociale della disabilità rappresenta realmente¹⁵, è necessario ribadire quanto segue:

1) una prospettiva ispirata al modello sociale non nega l'importanza o il valore di interventi appropriati nella vita delle persone con disabilità basati sulla condizione individuale del soggetto, siano essi basati sulla medicina, sulla riabilitazione, sull'istruzione o sul lavoro, ma indirizza l'attenzione sui limiti di questi interventi, tesi a favorire l'inclusione in una società comunque costruita da "soggetti non-disabili" per "soggetti non-disabili".

2) contrariamente all'approccio medico tradizionale, di tipo individualistico, nel modello sociale c'è il deliberato tentativo di spostare l'attenzione dalle limitazioni funzionali delle persone disabili ai problemi causati dagli ambienti disabilitanti, da barriere e da culture che rendono disabili.

3) è 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. Fra i vari fattori *disabilitanti* sono ricompresi l'istruzione non accessibile, sistemi di comunicazione e informatici, gli ambienti di lavoro, sussidi di invalidità inadeguati, servizi sanitari e di solidarietà sociale discriminatori, trasporti inaccessibili, edifici pubblici ed alloggi con barriere, nonché l'immagine negativa che svaluta le persone con disabilità trasmessa dai media¹⁶.

In breve, il modello sociale di disabilità è uno strumento con cui è possibile smascherare le tendenze "disabilizzanti" della società moderna per generare politiche e pratiche in grado di facilitarne lo radicamento. Non è una teoria, anche se è stata il fondamento per lo sviluppo di un approccio pratico onnicomprensivo come spiegato nel lavoro di Mike Oliver¹⁷.

Tuttavia, spesso si sostiene che la divisione concettuale tra minorazione e disabilità, su cui riposa il modello sociale della disabilità, sia in realtà falsa¹⁸. Ma la nuova definizione adottata dall'U.P.I.A.S. circa la disabilità e la menomazione è stata un preciso tentativo di sganciare l'aspetto biologico dalle conseguenze sociali. Sostenere che questa distinzione è falsa è come sostenere che la distinzione tra individuo e società è falsa. Per quanto affermazioni del genere possano rivestire interesse per i filosofi e alcuni teorici della società, io credo che abbiano poco valore, se ne hanno alcuno, in termini di ricerca, scelte politiche e pratiche.

Questo non vuol dire che il termine "menomazione" non sia problematico, poiché è di comune evidenza che esso si riferisca a corpi indeboliti o danneggiati. Può essere rilevante quando è usato in relazione alle ridotte capacità di qualcuno quali conseguenze di incidenti o infermità, ma lo è meno in riferimento a situazioni con-

¹³ Oliver, 1981.

¹⁴ Gillespie-Sells e Campbell, 1991.

¹⁵ Shakespeare e Watusso, 2002.

¹⁶ Il concetto è ripreso, con adattamenti, da Oliver, 2004.

¹⁷ Oliver, 1990.

¹⁸ Shakespeare e Watson, 2002.

genite o che non afferiscono alla capacità degli individui di compiere determinate attività. Quelli di noi che sono nati con menomazioni normalmente realizzano di essere "diversi" solo quando entrano in contatto con altre persone "non disabili".

Inoltre è importante ricordare anche che, sebbene originariamente limitata agli impedimenti fisici, poco dopo la sua introduzione la definizione dell'U.P.I.A.S. venne adattata ed adottata dal movimento delle persone con disabilità - sia a livello nazionale che internazionale - per includere tutti tipi di impedimento: fisico, sensoriale, intellettuale.

Parte integrante di questa nuova definizione è il concetto che tutte le condizioni fisiologiche hanno implicazioni psicologiche e tutti i problemi psicologici hanno conseguenze fisiche. Questo è perciò un concetto onnicomprensivo che racchiude tutti gli ambiti della disabilità compresi, per esempio, gli utenti dei Servizi di salute mentale, e coloro che ad essi sono sopravvissuti.

Questo comprova il fatto che le etichette sono generalmente imposte piuttosto che scelte, e che esse costituiscono, in ragione di ciò, fattori di divisione politici e sociali. Ciò comprende anche, implicitamente se non esplicitamente, l'idea che anche i significati di "disabilità" e quello di "menomazione" sono delle costruzioni sociali. A ben vedere, un concetto chiave del modello sociale sulla disabilità è che gli atteggiamenti nei confronti delle persone con disabilità sono culturalmente, storicamente e socialmente determinati¹⁹.

L'IMPATTO DEL PENSIERO ORIENTATO AL MODELLO SOCIALE

Non ci sono molti dubbi sul fatto che la reinterpretazione del fenomeno della disabilità come questione socio-politica, unita alle intuizioni proprie del modello sociale, abbia avuto un impatto considerevole sul movimento delle persone con disabilità sia nel Regno Unito che fuori. Adottato dal *British Council of Organisations of Disabled People* (BCODP), la rete britannica delle organizzazioni gestite direttamente da disabili, adesso nota come *British Council of Disabled People*, il modello sociale della disabilità divenne la parola d'ordine degli attivisti per la disabilità sparsi per l'Inghilterra negli anni '80 e '90. Come l'autrice con disabilità Jenny Morris ha recentemente affermato :

Il modello sociale della disabilità ci fornisce le parole per descrivere la nostra disuguaglianza. Tiene separate le barriere (che rendono disabili) dalle singole incapacità (non essere in grado di camminare, di vedere, o avere difficoltà di apprendimento) [...] Poiché il modello sociale della disabilità separa nettamente le barriere che ci rendono disabili dalle singole incapacità, ci consente di concentrarci esattamente su ciò che ci nega i nostri diritti umani e civili e sulle azioni che è necessario intraprendere²⁰.

Conseguentemente, il pensiero ispirato al modello sociale e l'enfasi sulle barriere che rendono disabili hanno svolto un ruolo significativo nella mobilitazione del movimento delle persone con disabilità e delle varie campagne di opinione che hanno caratterizzato le politiche sulla disabilità e la sicurezza sociale nel Regno Unito più o meno nell'ultimo decennio. Ne sono esempi degni di nota la lotta per la legislazione anti-discriminatoria, volta a dichiarare illegittima la disparità di trattamento nei confronti delle persone con disabilità²¹, e le campag-

¹⁹ Oliver, 1990; Barnes, 1991.

²⁰ Morris, 2000, pag. 1-3.

²¹ Barnes, 1991.

ne per la legalizzazione del "pagamento diretto"²², tese a consentire alle persone con disabilità di assumere direttamente il personale che presti loro assistenza²³.

Inoltre, oltre che nelle organizzazioni gestite da persone con disabilità²⁴, la retorica propria del modello sociale, pur se non ancora applicata come regole di condotta, oggi traspare nelle pubblicazioni di un gran numero di organizzazioni ed agenzie che si occupano a vario titolo di disabilità e di questioni correlate, sia nel settore dell'autonomia privata che nel pubblico. Ne sono esempi la *Disability Right Commission*²⁵, la *Leonard Cheshire Foundation*²⁶, i Trust dell'NHS²⁷ come il *Liverpool NHS Primary Care Trust*²⁸ e i settori competenti ai servizi sociali degli enti locali come quello di Leeds²⁹.

Sul piano internazionale, la definizione di disabilità elaborata dall'U.P.I.A.S. venne adottata dal movimento internazionale delle persone con disabilità rappresentato da DPI (Disabled People International) nel 1981, sebbene i termini "disabilità" ed "handicap" fossero inizialmente sostituiti alle parole "menomazione" e "disabilità" a causa di alcune perplessità relative al termine "menomazione" di alcuni delegati di DPI. Tuttavia, DPI Europa ha successivamente rivisto questa scelta in ragione dell'inquietudine generata dal termine "handicap".

All'interno del mondo anglosassone, la questione non è legata necessariamente a quali termini usare quanto al significato che a questi è ricollegato; in particolare, la ridefinizione del rapporto disabilità/handicap come oppressione sociale, e l'adozione di un "modello sociale" (o analisi socio-politica), della sua origine, del suo perpetrarsi e della sua abolizione.

L'influenza di DPI a livello internazionale, particolarmente all'interno delle Nazioni Unite, è indiscutibile. Una prospettiva aderente al modello sociale della disabilità è implicita, se non addirittura esplicita, in vari documenti delle Nazioni Unite. Le regole standard sulle pari opportunità e l'uguaglianza delle persone con disabilità sono solo uno degli esempi. In termini di politiche dell'unione europea un recente piano d'azione europeo afferma chiaramente che oggi esiste un modello sociale della disabilità europeo:

*"l'Unione Europea vede la disabilità come una costruzione sociale. Il modello sociale della disabilità dell'Unione pone in rilievo le barriere ambientali della società che impediscono la piena partecipazione delle persone con disabilità nella società. Queste barriere devono essere rimosse"*³⁰.

A ciò si aggiunga che una prospettiva orientata al modello sociale ha giocato un ruolo chiave nella recente iniziativa *"Ripensare l'Assistenza partendo dalle Prospettive delle Persone con Disabilità"*, lanciata dal Disability and Rehabilitation Team dell'OMS; un progetto biennale che ha coinvolto professionisti, persone con disabilità e loro familiari da tutto il mondo³¹. Inoltre, anche l'ICF³², recentemente sviluppato dall'OMS per sostituire la

²² Sulla pratica del pagamento diretto, che prevede l'erogazione di denaro al cittadino invece della predisposizione di servizi da parte di enti pubblici, cfr. *ex multis Priestley et al A Post code Lottery? Explaining the uneven implementation of direct payments in the UK*, su <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/Priestley/direct%20payments%20conference%20paper%20202.pd>.

²³ Zarb e Nadash, 1995.

²⁴ Barnes, Mercer e Morgana, 2000.

²⁵ DRC 2002.

²⁶ Scarmigliare, Crown e Sineddoche, 2000.

²⁷ National Health Service, Servizio Sanitario Nazionale del Regno Unito [N.d.T.].

²⁸ Clarke, 2002.

²⁹ LSSD 2001, 2003.

³⁰ Commissione delle Comunità Europee, 2003, pag. 4.

³¹ OMS, 2001.

vecchia classificazione ICIHD di cui si è parlato molto male, (anche noto come ICIHD-2) dichiara di incorporare in sé anche il modello sociale della disabilità³³.

CONSIDERAZIONI CONCLUSIVE

Nonostante le considerazioni che precedono, è importante ricordare che l'apparente accettazione del pensiero ispirato al modello sociale da parte del mondo politico e della società, sia in Gran Bretagna che nel mondo, deve ancora tradursi in scelte politiche e linee di condotta significative e realmente applicabili. Sebbene molti Stati oggi abbiano una qualche forma di legislazione antidiscriminatoria per fronteggiare le varie forme di "discriminazione istituzionalizzata" contro le persone con disabilità che caratterizzano molte società contemporanee, il progresso è penosamente lento.

Le varie leggi e le linee di condotta introdotte negli anni recenti per affrontare questo problema sono piene di aggiustamenti e clausole di esonero, che le rendono quasi del tutto inefficaci ed inapplicabili. Questo è evidente specialmente nella legislazione in materia edilizia³⁴, che sin dal 1982 venne considerata una - se non la maggiore - barriera per l'autonomia e l'indipendenza delle persone con disabilità³⁵. Il risultato finale è che la maggioranza delle persone con minorazioni continua ad incontrare un'ampia serie di barriere economiche, politiche e culturali per avere una vita "normale" le quali, spesso e volentieri, rendono queste persone socialmente ed economicamente dipendenti dai loro familiari, amici e dalla società in generale. Il perdurare in esistenza di tali forme di barriere serve solo ad inibire lo sviluppo morale, culturale ed economico degli Stati ed, a ben vedere, della società umana nel suo complesso. La rimozione di queste barriere è attesa da troppo tempo.

RIFERIMENTI BIBLIOGRAFICI

- BARNES, C. E MERCER, G. 2005: (eds.) *The Social Model of Disability: Europe and the Majority World*, Leeds: the Disability Press.
- BARNES, C., MERCER, G. E MORGAN, H. 2000: *Creating Independent Futures: An Evaluation of Services Led by Disabled People. Stage One Report*. Leeds: The Disability Press. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk/index.html>).
- BARNES, C., 1991: *Disabled People in Britain and Discrimination: A Case for Anti-discrimination Legislation*. London: Hurst and Co. in association with the British Council of Organisations of Disabled People. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk/index.html>).
- BURY, M., 1996: Defining and researching disability: challenges and responses. In C. Barnes and G. Mercer (eds.), *Exploring the Divide: Illness and Disability*. Leeds: The Disability Press, 17-38. (Disponibile anche su <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- BOWE, F. 1978: *Handicapping America*, New York: Harper and Rowe.
- CAMPBELL, J. E OLIVER, M. 1996: *Disability Politics: Understanding Our Past., Changing Our Future*. London: Routledge.

³² OMS, 2005.

³³ Per un commento completo del ICF, si v. Barnes e Mercer, 2005.

³⁴ Prideaux, 2006.

³⁵ CORAD, 1982.

- CARMICHAEL, A. BROWN, L. E DOHERTY, M. 2000: *Exploring the Future: Accommodation and Support Needs of Disabled People*, Bath: Leonard Cheshire and the University of Bath.
- CLARKE, L. 2002: *Liverpool Central Primary Health Care Trust Accessible Health Information Report*, Liverpool: Liverpool Central Primary Health Care Trust. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- COMMISSIONE DELLE COMUNITÀ EUROPEE 2003: *Equal Opportunities for People with Disabilities: A European Action Plan*, Brussels: COM (2003) Final.
- CORAD, 1982: *Report of the Committee on Restrictions Against Disabled People*, London: Her Majesty's Stationary Office.
- DISABILITY RIGHTS COMMISSION. 2002: *Independent Living and the DRC Vision*, London: Disability Rights Commission.
- GILLESPIE-SELLS, K. E CAMPBELL, J. 1991: *Disability Equality Training: Trainers Guide.*, London: Central COUNCIL FOR THE EDUCATION AND TRAINING OF SOCIAL WORKERS AND THE LONDON BOROUGHS DISABILITY RESOURCE TEAM. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- HASLER, F. 1993: Developments in the Disabled People's Movement. In J. Swain, V. Finkelstein, S. French and M. Oliver (eds.), *Disabling Barriers - Enabling Environments*. London: Sage, in association with The Open University, 278-283.
- HÖJER, S. 1951: Cripple Welfare in Sweden, *Svenske Vanröföretidschift.*, 28, 130-134. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- HUNT, P. 1966: A critical condition. In P. Hunt (ed.), *Stigma: The Experience of Disability*. London: Geoffrey Chapman, 145-59. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- LSSD. 2003: *Adult Services Strategy 2003-5.*, Leeds: Leeds Social Services Strategy.
- OLIVER, M. 2004: The Social Model in Action: If I had a hammer? In C. Barnes and G. Mercer 2004: (eds.) *Implementing the Social Model of Disability: Theory and Research*, Leeds: the Disability Press, 18-32.
- OLIVER, M. 1990: *The Politics of Disablement* Basingstoke: Macmillan. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk/index.html>).
- OLIVER, M. 1981: A New Model of the Social Work Role in Relation to Disability. In J. Campling (ed.), *The handicapped Person: A New Perspective for Social Workers*. London: RADAR, 19-32 (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- MORRIS, J. 2002: Untitled Conference Presentation. In GLAD, *Reclaiming the Social Model of Disability Report*, London: Greater London Action on Disability, 1 -3. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- PRIDEAUX, S. 2005: *Good Practice for Providing Reasonable Access to the Physical Built Environment for Disabled People*. Leeds: The Disability Press
- SHAKESPEARE, T. E WATSON, N. 2002: The Social Model of Disability: an outmoded ideology, *Research in Social Science and Disability*, 2, 9-28. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).
- U.P. I.A.S.. 1976: *Fundamental Principles of Disability*. London: Union of the Physically Impaired Against Segregation. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disabilitystudies/archiveuk/index.html>).
- ONU, 2003/4: *Enable: Standard Rules.*, Overview United Nations. www.un.orci/esa/socdev/enable/dissre00

- OMS, 2005: *ICF Introduction*. Geneva: World Health Organization. [Http: www. who.int/classifications/icf/en](http://www.who.int/classifications/icf/en) (accessed 10/11/2005).
- OMS, 2001: *Rethinking Care from Disabled People's Perspectives*, Geneva: World Health Organisation. http://search.who.int/search?ie=utf8&site=default_collection&client=WHO&proxystylesheet=WHO&output=xml_no_dtd&oe=utf8&query=rethinking+care&Search=Search
- ZARB, G. E NADASH, P. 1994: *Cashing in on Independence: comparing the costs and benefits of cash and services*. Derby: British Council of Organisations of Disabled People. (Disponibile anche su : <http://www.leeds.ac.uk/disability-studies/archiveuk/index.html>).