

Disabilità e soggettività. Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF

Antioco Luigi Zurru

Università degli Studi di Cagliari

Abstract

La necessità di un approccio interdisciplinare ai temi della disabilità e dei processi inclusivi non può concepirsi come novità nell'attuale dibattito scientifico. Nonostante ciò, la volontà di dialogo collide, spesso, con la ancora spiccata "lontananza" fra paradigmi epistemici, linguaggi e pratiche in seno ai diversi settori del sapere. A partire dagli esiti di una recente indagine sullo sviluppo identitario della persona disabile nell'ambito dei processi di cura medica sembra utile approfondire il percorso esplorativo sul dialogo fra la Pedagogia Speciale e la medicina.

Attraverso una lettura pedagogica del modello bio-psico-sociale dell'ICF, il saggio vuole contribuire a mettere in luce alcuni elementi capaci di orientare la pratica medica nel riconoscimento delle dimensioni soggettive che connotano l'esperienza esistenziale della persona in situazione di disabilità.

The need for an interdisciplinary approach to disability and inclusive processes issues cannot be conceived as an unusual subject in the current scientific debate. Nevertheless, the will for dialogue sometimes collides with a still broad distance among epistemic paradigms, languages and practices within the various domains of knowledge. From the outcomes of a recent research on identity development in the disabled person within the health care processes, it seems useful to enhance the exploration on the dialogue between Special Pedagogy and Medicine.

Through a pedagogical reading of the bio-psycho-social model of the ICF, this article aims to contribute in displaying some useful elements for the orientation of the medical practice towards the acknowledgment of the subjective and identity dimensions which characterize the existential experience of the disabled person.

Parole chiave: ICF, disabilità, fattori personali, Pedagogia Speciale, medicina

Keywords: ICF, Disability, Personal factors, Special Pedagogy, Medicine

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



1. L'ICF come strumento di ricerca

Fra gli scopi dell'*International Classification of Functioning, Disability and Health* (ICF) (WHO, 2001), pubblicata da oltre un decennio dall'Organizzazione Mondiale della Sanità, è evidente l'intento di promuovere una base scientifica per analizzare e studiare la salute. Questo obiettivo è connesso alla necessità di costruire «un linguaggio comune per la descrizione della salute e delle condizioni ad essa correlate» per migliorare la comunicazione, la condivisione ed il confronto tra diversi operatori (WHO, 2001, p. 13). Oltre a rappresentare un dispositivo di natura statistica e clinica, la *Classificazione* pone in evidenza la propria valenza investigativa e assume valore anche quale strumento di ricerca per misurare e comprendere gli aspetti legati alla qualità della vita individuale ed ai fattori ambientali; dimensioni queste che concorrono a definire la condizione esistenziale della persona interessata da disabilità (Bickenbach, 2012, 2014; Cieza, Bickenbach, & Chatterji, 2008; Leonardi, Lollar, & Hollenweger, 2003; Üstün, Chatterji, Bickenbach, Kostanjsek, & Schneider, 2003).

Ovviamente, il carattere globale del mandato dell'OMS tende ad orientare la ricerca verso aspetti che riguardano la valutazione dei risultati delle azioni sanitarie di ampio raggio. È innegabile che, ancora oggi, debbano essere risolte questioni di portata mondiale come la disparità nell'accesso alle risorse fra differenti gruppi umani, lo squilibrio generazionale nella strutturazione dei servizi assistenziali, oltreché gli aspetti macroeconomici relativi alla distribuzione delle risorse (Banerji, 2002; Daniels, 2006; Kleinert & Horton, 2017), per citarne alcune. Simili problematiche hanno dato avvio, nel tempo, ad un serio dibattito sui differenti significati attribuibili al concetto di salute, i quali oscillano fra una concezione olistica ed una selettiva del termine (Bhatia & Rifkin, 2010; Rifkin & Walt, 1986). Allo stesso modo, i concetti espressi nell'ICF ed in particolare l'idea di *funzionamento* e la relazione che questa intrattiene con le dimensioni della qualità della vita e del benessere sono stati interessati da una discussione critica (Bickenbach, 2014; Cieza et al., 2008; Fayed, Cieza, & Edmond Bickenbach, 2011; Levasseur, Desrosiers, & St-Cyr, 2007).

È divenuto, così, sempre più chiaro che per cogliere il significato dell'idea di salute si debbano considerare molteplici aspetti che vanno dalle condizioni fisiche e mentali al benessere soggettivo. La possibilità di prospettare una vita di qualità anche per la persona disabile rimanda alla necessità di concepire il *funzionamento* come un «termine ombrello» (WHO, 2001, p. 11), così come per il concetto di disabilità. Una simile interpretazione, superando l'idea biologistica e riduttiva della disabilità e della salute, tende a ricomprendere quegli aspetti del benessere che, pur non immediatamente correlati agli stati di salute, contribuiscono a definire la concreta realtà dell'*attività* e della *partecipazione* che ciascun individuo è in grado di esprimere

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



in maniera autentica. La riflessione sulle dinamiche che costituiscono la condizione della disabilità richiama, quindi, ad una continua esplorazione del ruolo che i modelli della pratica medica assumono nella descrizione della disabilità e sull'influenza che questa gioca nel processo di emancipazione della persona.

In un tale scenario, il riferimento all'ICF quale strumento di ricerca diviene "luogo" di comune confronto sullo statuto dei fattori personali, i quali concorrono alla strutturazione dell'esperienza identitaria della persona disabile. Il presente lavoro, quale parte di un più ampio progetto di ricerca (Zurru, 2015), è orientato alla costruzione di un quadro concettuale di riferimento condivisibile per un dialogo interdisciplinare. Quali sono, quindi, le condizioni per un simile confronto? È possibile individuare dei macro-indicatori con i quali analizzare le dinamiche interne ai processi di diagnosi e terapia e, allo stesso tempo, orientare la pratica medica ad una più ampia comprensione della realtà soggettiva della persona disabile?

2. Identità e disabilità: un binomio spesso eluso

Negli ultimi trent'anni, gli sviluppi promossi dalla comunità scientifica e dalle politiche istituzionali hanno lentamente orientato la descrizione della disabilità verso una più ampia comprensione della globalità dell'esperienza esistenziale che la persona incarna. Si sono, così, superate le angustie di un'attenzione esclusivamente centrata sul deficit e sulla menomazione quali elementi che esauriscono la realtà di vita dell'individuo. Attraverso molteplici contributi è divenuto sempre più chiaro che la condizione di disabilità non ha una natura unidimensionale e atemporale, ma si configura come una realtà in costante evoluzione (UN, 2006). Nel panorama internazionale, tale prospettiva conoscitiva e interpretativa si è rinsaldata anche grazie alla pubblicazione dell'ICF che, sostituendo l'oggettivazione della disabilità con la centralità della *persona*, ha promosso l'idea di una complessa interazione tra molteplici fattori che caratterizzano l'origine e l'evoluzione della condizione di disabilità.

Anche se ancora non immediatamente chiaro nell'opinione pubblica e nel linguaggio d'uso comune, il significato più coerente ascrivibile alla disabilità dipende dalla relazione tra gli aspetti funzionali e strutturali dell'individuo, da una parte, e i fattori ambientali e personali, dall'altra. Si tratta di un'interconnessione di volta in volta differente che rende impossibile una valutazione a-contestuale delle funzioni e delle strutture corporee, oltre che delle dimensioni dell'attività e della partecipazione, delle quali ciascun individuo è *capace* e attraverso le quali compie la propria esperienza nella società.

Risultano, quindi, evidentemente sempre più parziali le letture che della disabilità si sono date in seno alla dialettica tra il modello medico e quello sociale. En-

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



trambi, infatti, sembrano descrivere la disabilità in maniera universale escludendo quelle che sono da considerarsi come «important dimensions of disabled people's lives and of their knowledge. The global experience of disabled people is too complex to be rendered within one unitary model or set of ideas» (Corker & Shakespeare, 2002, p. 15). È evidente, infatti, quanto entrambi i modelli abbiano concentrato la propria attenzione esclusivamente nei confronti dei limiti funzionali e strutturali della persona (Stiker, 2002), da una parte, e sulla disparità sociale tra soggetti interessati da una menomazione e cittadini “normodotati” (Nocella, 2008; Oliver, 1998), dall'altra. Ciò che, però, manca nei differenti approcci è il riconoscimento di una dimensione strettamente soggettiva dell'essere disabile, la quale completa la complessa relazione dei fattori di cui consta la condizione di disabilità. Ci si trova ancora una volta, quindi, di fronte ad una sorta di riduzionismo oppressivo (Shakespeare, 1996), qualsiasi sia la matrice, che rende impossibile la comprensione, parafrasando Nagel (1974), di ciò che significa essere una persona in situazione di disabilità.

Come già detto, la sensibilità culturale e scientifica capace di comprendere la disabilità come costrutto complesso, piuttosto che etichetta definitoria, sembra non aver ancora conseguito un'ampia condivisione a livello linguistico e comunicativo. È in tale direzione, infatti, che gli studi e le ricerche della Pedagogia Speciale promuovono una instancabile riflessione sulla condizione di disabilità e sui meccanismi socio-culturali che la influenzano (Canevaro, 2007; Crispiani, 2016; d'Alonzo & Caldin, 2012; de Anna, 2014; Gaspari, 2012b; Gelati, 2004; Mura, 2012; Pavone, 2010). Ancora troppo spesso, infatti, da più parti si fa riferimento alla “persona handicappata”, ai soggetti “colpiti da disabilità” o a casi di “disabilità grave” nonostante si tratti di espressioni storicamente e scientificamente datate che nascondono una vera e propria «contraddizione in termini» (Mura, 2015; Mura & Zurru, 2013, p. 11). La questione non è solo ed esclusivamente linguistica, anche se già nella contraddizione terminologica è facile scorgere una pericolosa difficoltà scientifica nel concepire la persona e la propria esperienza esistenziale dietro al termine disabilità. Le parole, è quasi superfluo ricordarlo, accompagnano anche la costruzione dei contesti entro i quali la disabilità viene esperita e, conseguentemente, la presa in carico nei diversi frangenti del fare sociale, con i rischi di una ipertrofica reificazione (Canevaro, 1999; Honneth, 2005).

3. Una lettura pedagogico-speciale del modello bio-psico-sociale

Per superare le possibili contraddizioni, sia dal punto di vista sanitario sia da quello socio-politico, le risposte ai bisogni della persona necessitano di un'attenta riconsiderazione della dimensione esistenziale. La disabilità non si può ridurre, in-

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



fatti, ad una deviazione fisiopatologica di natura fisica o cognitiva, né si può inquadrare nelle sole problematiche della garanzia di diritti. Se le azioni di cura e di supporto sono orientate alla più ampia emancipazione dell'individuo, è necessario focalizzare l'attenzione sull'identità del soggetto disabile secondo la dimensione del vissuto personale (Covelli, 2013; Diallo, 2012; Tine, 2012; Zurru, 2015). È in tal senso, allora, che la valutazione degli elementi che costituiscono il complesso esperienziale del singolo assume un significato ed un ruolo estremamente importante nella costruzione di contesti inclusivi di cura e presa in carico dei bisogni di emancipazione che la persona esprime, anche nell'ambito dei processi di diagnosi e di trattamento sanitario.

A tal proposito, lo schema interpretativo della Classificazione del 2001 dedica una particolare attenzione ai fattori personali e al ruolo che questi assumono nella genesi e nello sviluppo della condizione di disabilità. È ormai noto, oltretutto ovvio, che si tratta di aspetti che non possono essere definiti analiticamente come avviene per le altre dimensioni contemplate dal documento. I fattori personali sono «il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo [...] che possono giocare un certo ruolo nella disabilità a qualsiasi livello» (WHO, 2001, p. 21). Nonostante si tratti di caratteristiche che esulano, è detto, dalla condizione di salute dell'individuo – elemento in qualche modo controverso – la loro posizione nel quadro grafico di riferimento (WHO, 2001, p. 23) consente di apprezzarne a pieno il ruolo equipollente rispetto agli altri elementi e la continua interazione con essi.

Ciò che però emerge come aspetto di indeterminatezza è la mancanza di strumenti atti ad indirizzare e orientare la “lettura” della condizione del singolo e degli aspetti personali che la connotano da parte degli operatori che utilizzano la Classificazione in un processo di cura. È ammesso il ruolo di tali fattori, sia nella «disabilità a qualsiasi livello» sia «sull'esito di vari interventi» (WHO, 2001, p. 21), ma non è fornito alcun indizio per soppesare gli elementi che individuano l'esperienza biografica del soggetto. L'incertezza rispetto a questi si può constatare anche dal tenore delle considerazioni che vengono fatte intorno ad aspetti «che non sono attualmente classificati nell'ICF, ma che gli utilizzatori *possono* inserire nelle loro applicazioni della classificazione» (WHO, 2001, p. 214 corsivo nostro). In questo contesto, il riferimento alla sola possibilità sembra piuttosto flebile e dà adito ad un certo margine elusivo.

Connotare e descrivere la condizione di disabilità anche attraverso la considerazione e la valutazione, oltre che la promozione, dei fattori personali diventa una possibilità e una responsabilità del singolo operatore (Gray & Hendershot, 2000). Alcuni, infatti, colgono tale circostanza come un incentivo ad espandere il proprio modo di pensare «beyond “fixing” primary impairments to a view that places equal value on promoting functional activity and facilitating the child's full participation

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



in all aspects of life. The model “gives permission” to address people’s self-determined goals very broadly» (Rosenbaum & Stewart, 2004, p. 8).

È evidente, allora, che l’operatore non può considerarsi come agente che prende in carico un aspetto settoriale della salute, ma come colui che intercetta un’espressione di bisogno e la contestualizza nell’ambito del processo di vita della persona. In questo senso, l’ICF assume la valenza di possibile struttura formale con la quale creare una descrizione coerente delle molteplici dimensioni che compongono la condizione di salute e disabilità dell’individuo.

Nonostante una simile apertura, l’assetto completamente indeterminato dei fattori personali, unitamente all’incertezza sul loro statuto, quali aspetti che non fanno parte dello stato di salute, desta qualche perplessità. Al di là di un sintetico riferimento agli elementi inerenti al genere, all’età, agli stili di vita, al background sociale, all’educazione e alle esperienze di vita, appare preclusa ogni altra concreta declinazione. Ne consegue che l’operatore possa attivarsi nella valutazione solo in base alle proprie inclinazioni e sensibilità individuali, con il rischio che queste non siano sempre sufficienti. Ciò implica, però, una seria *impasse* rispetto a quegli intenti di scientificità e comunanza di linguaggio che muovono l’intero impianto classificatorio.

Lo sguardo pedagogico e antropologico con il quale si interroga la realtà di vita della persona interessata da disabilità orienta, invece, alla strutturazione di competenze diffuse tali che siano in grado di promuovere un percorso biografico di cura del singolo, per supportarne l’espressione e la realizzazione (Caldin, 2005; Canevaro, 2006; de Anna, 2014; Gaspari, 2012a; Pavone, 2010). I presupposti per la costruzione di una società inclusiva, che al di là di ogni forma di categorizzazione garantisca a ciascuno un percorso di crescita ed emancipazione (de Anna & Covelli, 2015; Gardou, 2012; Mura, 2012), sono infatti strettamente correlati alla promozione dei molteplici aspetti con i quali si costruisce la salute dell’individuo.

4. Salute, identità e cura: propedeutica per il dialogo

Una tale idea di cura richiede, specialmente nell’ottica della Pedagogia Speciale, l’incentivazione del confronto tra i molteplici attori che quotidianamente sono impegnati nella presa in carico, educativa e terapeutica, delle condizioni di vita delle persone disabili. Quali strumenti e competenze sono necessari, allora, per riconoscere e valorizzare i fattori personali e gli aspetti che concorrono a descrivere e orientare la storia biografica individuale? La problematica non sembra essere di poco conto, sia da un punto di vista pratico-operativo sia scientifico. Anche gli estensori della *Classificazione* sottolineano la necessità di sviluppare la componente dei Fattori Personali e di «stabilire collegamenti con il concetto di qualità della vita

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l’ICF



e la misurazione del benessere soggettivo» (WHO, 2001, p. 243). Il fatto, però, che nell'ICF i fattori personali non siano articolati e declinati rischia, in qualche modo, di rappresentare una conferma dell'idea pregiudiziale rispetto alla possibilità di affrontare scientificamente le tematiche inerenti alla soggettività.

A ciò si deve aggiungere il mai sconfessato divario epistemologico che insiste fra differenti discipline, le une imperniate sul sistema delle scienze naturali, le altre su quello umanistico. Nonostante il dialogo interdisciplinare sia sempre più incisivamente invocato da molti, l'impressione è che si rimanga ben lontani da un sostanziale confronto epistemologico tra discipline. In molti frangenti, la relazione tra differenti settori si configura come multidisciplinarietà e non, invece, come esplorazione «in comune delle regioni di confine» (Piaget, 1970, p. 320) che si pongono su «un crocevia tra diverse scienze» (Canguilhem, 1966, p. 9). Le «distanze» disciplinari, in tal senso, rendono difficilmente comunicabili e condivisibili alcune istanze d'indagine.

La complessità del quadro appena tracciato costituisce il terreno entro il quale si è realizzato un percorso di ricerca volto a comprendere in che modo l'azione di cura medica sia in grado di tenere in giusto conto la dimensione dei fattori personali e contribuire, così, alla costruzione di dinamiche relazionali capaci di offrire uno spazio di piena espressione identitaria della persona disabile. La ricerca, realizzata attraverso un percorso etnografico di osservazione diretta delle pratiche di diagnosi e cura in alcuni reparti ospedalieri per il trattamento delle Malattie Rare, si è configurata come uno studio di caso che ha assunto la compagine medica ad unità d'analisi (Corbin & Strauss, 2008; Yin, 2003). Da un punto di vista metodologico è stato necessario costruire un panorama concettuale di riferimento che fosse in grado di garantire un'adeguata aderenza dei motivi della ricerca alle specificità del campo d'indagine prescelto. È in tal senso che, in un primo ed interlocutorio step di ricerca, si sono messi a confronto i diversi significati che gli operatori del settore ascrivono a realtà quali salute, malattia e disabilità. Le *significative contraddizioni* – emerse durante alcune interviste approfondite rivolte a clinici e ricercatori – sono state ulteriormente problematizzate, mettendo in relazione le dimensioni dell'ascolto, della partecipazione e del complesso biografico del paziente, da una parte, con le pratiche inerenti ai processi di diagnosi e di terapia, dall'altra. Questo passaggio ha dato modo di appurare la concretezza delle preoccupazioni di carattere metodologico qui accennate e ampiamente articolate altrove (Zurru, 2013).

Dai dati raccolti durante i colloqui è apparso evidente che la considerazione del vissuto personale dell'individuo non è sempre veicolato da una chiara e coerente consapevolezza. Le diverse concezioni dell'idea di salute, ad esempio, tratteggiano un quadro abbastanza articolato. Si spazia, così, dall'idea di assenza di stati morbosi a quella di un più ampio stato di benessere fisico e psichico che esula dalla presenza di una diagnosi. L'idea ancora meno chiara di disabilità complica ulterior-

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



mente lo scenario quando viene ricondotta alla “mancanza” ed alla “menomazione” che palesa un “difetto di funzione”. In un simile inquadramento, il riconoscimento della dimensione soggettiva dell’individuo assume un carattere altalenante. Nell’ambito della pratica diagnostica, ad esempio, accanto alla tendenza a “trattare” il soggetto come mera espressione del meccanismo patogenetico, secondo un punto di vista prettamente semeiotico, emerge, anche se meno decisa, la necessità di instaurare un rapporto comunicativo entro il quale assume importanza il valore esistenziale della narrazione del vissuto personale del paziente. Rispetto allo spazio partecipativo che l’azione medica riesce a restituire alla persona, invece, si fanno nuovamente evidenti gli ostacoli ad una relazione più aperta, riducendo l’interazione ad un discorso di *compliance* da parte del paziente nei confronti delle indicazioni terapeutiche del medico.

Considerate le contraddizioni rilevate, anche le possibilità di dialogo sono apparse problematiche e orientate da motivi differenti. Da un lato, infatti, si è convinti del fatto che la scienza sperimentale non possa prescindere da uno sguardo più ampio sulla persona, per evitare di concepire il soggetto come una macchina da aggiustare e perdere l’umanità stessa della conoscenza. Dall’altro, però, si tratta ancora di una consapevolezza non comune, che cede nei confronti dell’idea che il medico debba assumere un atteggiamento “pratico”, distante dalla “tipica fumosità delle scienze umane”, per poter prendere delle decisioni immediate e funzionali.

5. Fattori personali: gli elementi del dialogo

Quanto rilevato nel primo momento esplorativo d’indagine può essere considerato come un nucleo di contraddizioni che tradisce l’effettiva lontananza tra diverse prospettive epistemiche. A tal proposito, guardando allo spazio bianco che i fattori personali *occupano* nell’ICF, si ha l’impressione che il carattere indeterminato di questi sia dovuto ad un’ancora immatura capacità di esprimere una riflessione scientifica a riguardo, piuttosto che ai soli motivi di salvaguardia nei confronti «della grande variabilità sociale e culturale ad essi associata» (WHO, 2001, p. 14). Il fatto che la «loro valutazione, se necessaria» sia «lasciata agli utilizzatori» (WHO, 2001, p. 23 corsivo nostro) rischia di travisarne la portata che questi assumono in termini di dimensioni esistenziali ed esperienziali per l’individuo.

Il percorso di osservazione diretta nei reparti ospedalieri, nel secondo step di ricerca, è stato realizzato prestando particolare attenzione alla costruzione di indicatori con i quali *interrogare* la pratica medica. Nonostante l’economia del contributo consenta di fare solamente un rimando sintetico ai dati emersi durante la rilevazione (Zurru, 2015), la riflessione può contribuire a definire i contorni concettuali e operativi con i quali analizzare le dinamiche interne ai processi cura. Facendo ri-

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l’ICF



ferimento ad alcuni degli indicatori utilizzati e confortati dai dati raccolti durante l'osservazione, sembra possibile elaborare un primo apparato di dialogo per il riconoscimento e la valorizzazione dei fattori personali.

5.1 La concezione dell'uomo

Nella declinazione delle due macro-dimensioni che hanno orientato la ricerca, la dimensione esistenziale e la condizione di salute dell'individuo, è sembrato opportuno verificare attraverso quali elementi l'epistemologia del sapere medico comprenda il fenomeno "uomo". A riguardo, non sembrano del tutto superate le dicotomiche rappresentazioni che oscillano tra l'immagine di una macchina composta da differenti parti e quella di un organismo globale che esprime molteplici funzioni (Fantini, 1976). Non appaiono obsolete nemmeno le critiche al paradigma deterministico (Lewontin, 1993), le quali rimandano ad una coniugazione non sempre chiara, nell'esperienza individuale, dei tratti geneticamente determinati e di quelli variamente influenzati dall'ambiente. Qual è, quindi, l'idea di uomo che orienta l'azione di cura medica? È questa effettivamente capace di comprendere il "background personale della vita e dell'esistenza di un individuo"?

L'osservazione ha dato modo di rilevare quanto l'uomo e la propria esistenza rischino di rimanere nascosti di fronte all'emergere delle evidenze sindromiche. Le interazioni rilevate testimoniano come l'impegno del medico nei confronti del soggetto sia quasi esclusivamente mirato a definire i contorni diagnostici della malattia e, per la stessa ammissione di molti operatori, come se questa fosse l'unica entità a palesarsi nell'incontro con il paziente.

5.2 La concezione del paziente

Procedendo oltre, è evidente che l'uomo al quale la cura medica si riferisce è individuato come paziente. Diventa interessante, allora, verificare se lo spessore soggettivo dell'uno risulta, agli occhi del medico, immediatamente sovrapponibile all'altro. Chi è il paziente con il quale il medico interagisce? È un interlocutore portatore di una propria prospettiva, caratterizzata da consapevolezza e inconsapevolezza, oppure è una semplice istanza nosografica, fatta di segni e sintomi? In definitiva, è da chiarire se quegli aspetti che "non fanno parte dello stato di salute" possano diventare una dimensione soggettivamente qualificata dell'espressione del singolo.

In più di un'occasione, infatti, di fronte all'eloquenza dei dati fisiologici e dei segni clinici rilevati, gli operatori sanitari hanno dato la chiara impressione di non

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



essere in grado di apprezzare l'espressione soggettiva del paziente. Spesso l'agire del medico impone al soggetto di abbandonare la propria esperienza personale per assumere quella di individuo che viene ispezionato circa una precisa indicazione diagnostica, come l'anomalia cromosomica.

5.3 La concezione della disabilità

Non meno problematica è la prospettiva con la quale si concepisce la disabilità. Nonostante lo sviluppo di una forte consapevolezza scientifica, non pare superfluo verificare in che termini l'accezione complessa e dinamica, che anche l'ICF ha contribuito a definire, assuma un significato coerente nell'agire clinico degli operatori. I dubbi, a tal proposito, si focalizzano sul ruolo delle ancora resistenti e pregiudizievoli rappresentazioni, in termini di stigma e sintesi categoriale di una malattia e delle sue conseguenze.

Al di là del semplice dato relativo alla mancata conoscenza della *Classificazione* e del suo impianto teorico da parte di molti operatori, la disabilità sembra rimanere vincolata all'idea di patologia. Ciò è evidente ogni volta che il medico, che descrive le condizioni di salute di un individuo che sta visitando, si esprime nei confronti dei suoi interlocutori, magari i genitori del paziente, riferendosi ad un generico «loro», «questi» o, più espressamente, «la patologia funziona così». In tal modo, la realtà esistenziale del soggetto viene così distorta da un loro e dalla natura della patologia che si sovrappongono.

5.4 Il linguaggio

Rispetto a ciò, risulta utile verificare anche il peso di quella che è stata definita come *narrative of tragedy* (Shakespeare, 1999). Nella gestione comunicativa di costrutti sensibili come quello di “normale” e “patologico” (Trnka, 2003), la più ampia considerazione dei “modelli di comportamento generali e stili caratteriali” del singolo è spesso irrigidita. Se si considera il ruolo delle scorciatoie cognitive tipiche dell'euristica della rappresentatività nel ragionamento medico (Mark, 2008), il rischio di una riduzione dell'esperienza individuale non è inverosimile.

In tal senso, non solo le espressioni come «affetto da handicap», nonostante la palese contraddizione, continuano ad essere utilizzate anche nella comunicazione più accorta e istituzionale, ma anche l'associazione tra “anomalia cromosomica”, “handicap” e “rischio” non è stata ancora completamente abbandonata. E così, per le stesse contraddizioni, anche l'esperienza di un'adolescente interessata da una sindrome neurodegenerativa, piuttosto che ricevere lo spazio relazionale per po-

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



tersi raccontare, anche attraverso le sue complesse condizioni, non può che essere definita come «un disastro».

5.5 La corporeità

L'identità individuale e la condizione esistenziale del soggetto non possono essere definite per il solo tramite di atti mentali consapevoli ed intellettualisticamente concepiti. Nel processo di maturazione identitaria assume particolare rilevanza anche la dimensione della corporeità che, al di là di ogni oggettivazione biomeccanica, è il mediatore attraverso il quale il sé esprime la propria prospettiva biografica (Moliterni, 2013). È necessario, allora, verificare quanto l'agire del medico si strutturi anche nei confronti di tale dimensione. È importante capire se il corpo è concepito come mezzo per l'incontro tra soggetti o se, invece, non sia solo ed esclusivamente il terreno di un'ispezione che scompone. L'incontro tra medico e paziente non può rimanere vincolato ad un meccanismo di oggettivazione, ma rimanda ad un'interazione di reciprocità e intimità, quale centro della relazione di cura (Fauci et al., 2008), capace di accogliere "l'equilibrio psicologico" dei soggetti.

Talvolta, invece, si è avuto modo di osservare come il soggetto sia alienato dal proprio corpo che viene disarticolato dall'ispezione dell'operatore medico. Si tratta di una vera e propria dinamica che coinvolge tutti i partner della relazione e giunge a ristrutturare l'intero contesto dell'interazione. Il soggetto, seminudo sul lettino, diventa oggetto nel suo essere corpo di fronte al medico che, con lo sguardo rivolto verso il suo "oggetto", enumera i tratti fisici che si evidenziano per l'aspetto anomalo.

5.6 La dimensione empatica

Va, inoltre, sottolineato che la dimensione empatica è cifra della reciprocità nella relazione con l'altro e nella comprensione del sé (von Weizsäcker, 1990). Quanto tale aspetto sia demandato alla sensibilità e all'intuizione dei singoli medici, come quelli particolarmente dotati in tal senso, piuttosto che al carattere istituzionale della cura medica è un dato che merita di essere approfondito, specie con riferimento all'iter formativo del professionista. Così, l'agire routinario del medico ha spesso impedito lo strutturarsi di *luoghi* vitali per l'esperienza dell'individuo e la stessa dimensione del rispetto della privacy si è, quasi impercettibilmente, trasformata in una sorta di indifferenza nei confronti della specificità della persona e di ciò che racconta di sé.

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



5.7 La concezione della salute

Gli elementi finora individuati devono essere poi messi in relazione ad alcuni momenti fondamentali del processo di cura medica. Assumono particolare significato, in questo senso, gli aspetti plurimi che concorrono a caratterizzare lo stato di salute dell'individuo nell'ambito dell'azione medica.

Innanzitutto, vale la pena porre l'attenzione sul significato che la salute assume nelle pratiche di cura. In che senso, quindi, la medicina orienta la propria attenzione alle "componenti della salute", piuttosto che alla sola lotta nei confronti della malattia? È un dato ormai assodato il fatto che, nonostante i numerosi sviluppi tecnologici, il paziente assuma un ruolo centrale nella pratica clinica (Fauci et al., 2008). Non di meno, però, anche facendo seguito ai dubbi sul senso della «tortura» alla quale la natura umana è talvolta sottoposta (Gadamer, 1994, p. 115), talvolta si è avuta l'impressione che la necessità di raccogliere dati e casistiche abbia avuto la meglio rispetto ad un più autentico significato di salute. Senza dimenticare il ruolo soggettivo che gli individui assumono nella promozione della salute e nella definizione dei propri bisogni (WHO, 1986), è necessario quindi capire quale sia lo spazio che nell'ambito della pratica medica è riconosciuto alla prospettiva biografica dell'individuo e quale attenzione l'operatore sanitario sia in grado di dedicare alla qualità della vita della persona.

5.8 La valenza dei dati clinico-anagrafici

Questi interrogativi concorrono all'analisi dei segmenti del quotidiano agire medico. Nell'ambito del dialogo anamnestico, ad esempio, è importante comprendere in quale misura si possano sovrapporre i dati verso i quali si orienta l'attenzione del medico e quelli che rappresentano l'esperienza del paziente. Anche le modalità con le quali si realizza la routinaria raccolta dei dati clinico-anagrafici possono diventare un ostacolo all'apertura dialogica e al riconoscimento delle dimensioni più personali con le quali la persona disabile esprime e racconta la propria condizione (Garden, 2010; Wilson, 2000). È la chiara impressione che si è avuta nel verificare quanto divergente fosse l'importanza accordata dal medico ad alcuni dettagli della realtà anagrafico-esistenziale che il paziente aveva appena raccontato con particolare enfasi.

5.9 La dimensione comunicativo-diagnostica

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



Allo stesso modo, durante il momento diagnostico possono emergere elementi di carattere antropologico che esulano dalle evidenze alle quali l'osservazione medica è solita accordare attenzione. In che modo questi possono contribuire alla costruzione della diagnosi nel rapporto tra medico e paziente? La comunicazione tra soggetti può assumere un valore relazionale se l'interrogare dell'operatore non è esclusivamente focalizzato su aspetti di carattere fisio-biologico. È bene notare che, sempre con riferimento alla biunivoca relazione clinica, non si tratta di verificare solo come le informazioni vengano fornite al soggetto, ma quanto l'espressione di bisogno da parte della persona richiami, da parte del medico, un inquadramento dei dati rispettosa della prospettiva dell'individuo. È in questo senso, ad esempio, che anche le più immediate espressioni di paura, incertezza e disagio sono spesso ricondotte dalle routine dell'operare a *non-sense* e a tratti di irrazionalismo che il medico ha da sradicare e reindirizzare ad un più utile atteggiamento di *compliance*.

6. Conclusioni

Quanto finora tratteggiato non può concepirsi come esaustiva definizione di ciò che nell'ICF costituisce il costrutto interpretativo dei fattori personali. Si è già detto dell'ovvio carattere difficilmente indicizzabile di questi. Non di meno, però, si è partiti dal tentativo di promuovere un approfondimento del significato e del senso che tali fattori assumono nella comprensione della condizione di disabilità. Rispetto alla valutazione che gli operatori realizzano, emerge la necessità di poter far riferimento ad un nucleo di indicatori, perché la possibile valorizzazione delle dimensioni personali non sia demandata alle sensibilità, mutevoli, dei singoli professionisti.

Si tratta, in ultima analisi, di costruire un orizzonte di riferimento ponendo una serie di questioni capaci di favorire un dialogo tra le istanze della cura, quella medica, da una parte, e quella pedagogica, dall'altra. Lo sforzo è quello di sollecitare riflessioni alle quali anche i medici siano chiamati a contribuire sulla base di un comune spazio d'azione entro il quale le discipline, ciascuna con la propria specificità, non rinunciano alla sfida di emancipazione per l'individuo disabile. In tal senso, attraverso il dialogo interdisciplinare possono essere superate le dicotomiche e sterili rappresentazioni di una nostalgica umanizzazione contro un'esasperata medicalizzazione.

In questo frangente, la disabilità assume un ruolo euristico quale condizione che necessita di una cura che si declina, in tempi e modi mai pienamente disgiunti, in senso clinico ed emancipativo. A partire dallo sguardo della Pedagogia Speciale qui adottato è evidente che la medicina può costruire percorsi di cura in grado di

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



restituire all'individuo il proprio ruolo di soggetto. Si tratta, però, di dinamiche veicolate in modo non sempre pienamente consapevole rispetto al ruolo ed allo spessore relazionale che il rapporto fra medico e paziente assume, per entrambi i soggetti coinvolti. L'occasione di riflettere sul possibile spazio di dialogo tra medicina e Pedagogia Speciale rappresenta, allora, uno strumento attraverso il quale il soggetto può riappropriarsi della propria identità e, allo stesso tempo, si supera l'alienante spersonalizzazione che i meccanismi del fare routinario della pratica clinica impongono, sia per la persona disabile che per l'operatore sanitario.

Riferimenti bibliografici

- Banerji, D. (2002). Report of the WHO Commission on Macroeconomics and Health: a critique. *International Journal of Health Services: Planning, Administration, Evaluation*, 32(4), 733–754. <http://doi.org/10.2190/CECN-VWK4-H8AC-BCRH>.
- Bhatia, M., & Rifkin, S. (2010). A renewed focus on primary health care: revitalize or reframe? *Globalization and Health*, 6(1), 13. <http://doi.org/10.1186/1744-8603-6-13>.
- Bickenbach, J. (2012). Ethics, Disability and the International Classification of Functioning, Disability and Health. *American Journal of Physical Medicine & Rehabilitation*, 91, S163–S167. <http://doi.org/10.1097/PHM.0b013e31823d5487>.
- Bickenbach, J. (2014). Reconciling the capability approach and the ICF. *Alter*, 8(1), 10–23. <http://doi.org/10.1016/j.alter.2013.08.003>.
- Caldin, R. (2005). Identità e cittadinanza nella disabilità: l'approccio pedagogico. *Salute e Società*, IV(1), 47–69. Retrieved from http://www.francoangeli.it/Riviste/Scheda_Rivista.aspx?IDarticolo=25285&lingua=it.
- Canevaro, A. (1999). *Pedagogia speciale. La riduzione dell'handicap*. Milano: Mondadori.
- Canevaro, A. (2006). *Le logiche del sentiero e del confine. Una pedagogia dell'inclusione (per tutti, disabili inclusi)*. Trento: Erickson.
- Canevaro, A. (Ed.). (2007). *L'integrazione scolastica degli alunni con disabilità. Trent'anni di inclusione nella scuola italiana*. Trento: Erickson.
- Canguilhem, G. (1966). *Le normal et le pathologique* (tr. it.1998). Paris: PUF.
- Cieza, A., Bickenbach, J., & Chatterji, S. (2008). The ICF as a conceptual platform to specify and discuss health and health-related concepts. *Gesundheitswesen (Bundesverband Der Ärzte Des Öffentlichen Gesundheitsdienstes (Germany))*, 70(10), e47-56. <http://doi.org/10.1055/s-2008-1080933>.
- Corbin, J., & Strauss, A. (2008). Grounded theory research: Procedures, Canons

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



- and Evaluation. *Zeitschrift Für Soziologie*, 19(6), 418–427.
- Corker, M., & Shakespeare, T. (2002). Mapping the terrain. In M. Corker & T. Shakespeare (Eds.), *Disability/postmodernity: Embodying Disability Theory* (pp. 1–17). London: Continuum.
- Covelli, A. (2013, January 27). Inclusion, comunicazione e rappresentazione della disabilità. Orientamenti e tendenze nell'informazione giornalistica online. Tesi di dottorato, Roma: Dottorato Internazionale "Culture, Disabilità, Inclusion: Educazione e Formazione."
- Crispiani, P. (Ed.). (2016). *Storia della Pedagogia speciale. L'origine, lo sviluppo, la differenziazione*. Pisa: ETS.
- d'Alonzo, L., & Caldin, R. (Eds.). (2012). *Questioni sfide e prospettive della Pedagogia Speciale. L'impegno della comunità di ricerca*. Napoli: Liguori.
- Daniels, N. (2006). Equity and Population Health: Toward a Broader Bioethics Agenda. *Hastings Center Report*, 36(4), 22–35.
<http://doi.org/10.1353/hcr.2006.0058>.
- de Anna, L. (2014). *Pedagogia speciale. Integrazione e inclusione*. Roma: Carocci Editore.
- de Anna, L., & Covelli, A. (2015). Note de lecture. *ALTER - European Journal of Disability Research / Revue Européenne de Recherche Sur Le Handicap*, 9(3), 257–261. <http://doi.org/10.1016/j.alter.2015.02.002>.
- Diallo, K. (2012). Identité et inclusion scolaire et sociale. Le handicap, enjeu des interactions sociales: le cas des élèves des écoles secondaires supérieures de Rome et Cagliari en Italie. Tesi di dottorato, Roma: Dottorato Internazionale "Culture, Disabilità, Inclusion: Educazione e Formazione."
- Fantini, B. (1976). *La macchina vivente. Meccanicismo e vitalismo nella biologia del Novecento*. Milano: Longanesi & C.
- Fauci, A. S., Braunwald, E., Kasper, D. L., Hauser, S. L., Longo, D. L., Jameson, J. L., & Loscalzo, J. (2008). The Practice of Medicine. In A. S. Fauci, E. Braunwald, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (pp. 1–6). New York: McGrawHill.
- Fayed, N., Cieza, A., & Edmond Bickenbach, J. (2011). Linking health and health-related information to the ICF: A systematic review of the literature from 2001 to 2008. *Disability and Rehabilitation*, 33(21–22), 1941–1951.
<http://doi.org/10.3109/09638288.2011.553704>.
- Gadamer, H. G. (1994). *Dove si nasconde la salute*. Milano: Raffaello Cortina.
- Garden, R. (2010). Disability and narrative: new directions for medicine and the medical humanities. *Medical Humanities*, 36(2), 70–4.
<http://doi.org/10.1136/jmh.2010.004143>.
- Gardou, C. (2012). *La société inclusive, parlons-en!* Toulouse: Erès.
- Gaspari, P. (2012a). *La Pedagogia speciale e l'educatore professionale in prospettiva inclusiva*.

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



Roma: Anicia.

- Gaspari, P. (2012b). *Pedagogia speciale: questioni epistemologiche*. Roma: Anicia.
- Gelati, M. (2004). *Pedagogia speciale e integrazione. Dal pregiudizio agli interventi educativi*. Roma: Carocci.
- Gray, D. B., & Hendershot, G. E. (2000). The ICIDH-2: Developments for a New Era of Outcomes Research. *Arch Phys Med Rehabil*, 81(December), 10–14. <http://doi.org/10.1053/apmr.2000.20616>.
- Honneth, A. (2005). *Verdinglichung* (tr. it.2007). Frankfurt am Main: Suhrkamp.
- Kleinert, S., & Horton, R. (2017). From universal health coverage to right care for health. *Lancet (London, England)*. [http://doi.org/10.1016/S0140-6736\(16\)32588-0](http://doi.org/10.1016/S0140-6736(16)32588-0).
- Leonardi, R. J. S. M., Lollar, D., & Hollenweger, J. (2003). Applying the International Classification of Functioning , Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. *Disability and Rehabilitation*, 25(11–12), 602–610. <http://doi.org/10.1080/0963828031000137117>.
- Levasseur, M., Desrosiers, J., & St-Cyr, T. D. (2007). Comparing the Disability Creation Process and International Classification of Functioning, Disability and Health models. *Canadian Journal of Occupational Therapy. Revue Canadienne D'ergotherapie*, 74 Spec No, 233–242. <http://doi.org/10.1177/000841740707405S02>.
- Lewontin, R. C. (1993). *Biologia come ideologia. La dottrina del DNA*. Torino: Bollati Boringhieri.
- Mark, D. B. (2008). Decision-making in Clinical Medicine. In A. S. Fauci, E. Braunwald, D. L. Kasper, S. L. Hauser, D. L. Longo, J. L. Jameson, & J. Loscalzo (Eds.), *Harrison's Principles of Internal Medicine* (pp. 16–23). New York: McGrawHill.
- Moliterni, P. (2013). *Didattica e Scienze Motorie. Tra mediatori e integrazione*. Roma: Armando Armando.
- Mura, A. (2012). *Pedagogia Speciale. Riferimenti storici, temi e idee*. Milano: FrancoAngeli.
- Mura, A. (2015). Pedagogia e Didattica dell'inclusione: i temi della formazione. In L. de Anna, P. Gaspari, & A. Mura (Eds.), *L'insegnante specializzato. Itinerari di formazione per la professione* (pp. 13–26). Milano: FrancoAngeli.
- Mura, A., & Zurru, A. L. (2013). Introduzione. In A. Mura & A. L. Zurru (Eds.), *Identità, soggettività e disabilità. Processi di emancipazione individuale e sociale*. (pp. 9–17). Milano: FrancoAngeli.
- Nagel, T. (1974). What Is It Like to Be a Bat? *The Philosophical Review*, 83(4), 435. <http://doi.org/10.2307/2183914>
- Nocella, A. (2008). Emergence of Disability Pedagogy. *Journal of Critical Education Policy Studies*, 6(2), 77–94.

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



- Oliver, M. (1998). Theories of disability in health practice and research. *Bmj*, 317(November), 1446–1449.
- Pavone, M. (2010). *Dall'esclusione all'inclusione. Lo sguardo della Pedagogia Speciale*. Milano: Mondadori.
- Piaget, J. (1970). *La situation des sciences de l'homme dans le système des sciences - Psychologie - Problèmes généraux de la recherche entredisciplinaire et mécanismes communs* (tr. it.1976). Paris -The Hague: Mouton.
- Rifkin, S. B., & Walt, G. (1986). Why health improves: defining the issues concerning “comprehensive primary health care” and “selective primary health care”. *Social Science & Medicine*, 23(6), 559–566.
[http://doi.org/10.1016/0277-9536\(86\)90149-8](http://doi.org/10.1016/0277-9536(86)90149-8).
- Rosenbaum, P., & Stewart, D. (2004). The world health organization international classification of functioning, disability, and health: a model to guide clinical thinking, practice and research in the field of cerebral palsy. *Seminars in Pediatric Neurology*, 11(1), 5–10. <http://doi.org/10.1016/j.spen.2004.01.002>
- Shakespeare, T. (1996). Disability, identity and difference. In C. Barnes & G. Mercer (Eds.), *Exploring the Divide: Illness and Disability* (Vol. 6, pp. 94–113). Leeds: The Disability Press.
- Shakespeare, T. (1999). “Losing the plot”? Medical and activist discourses of contemporary genetics and disability. *Sociology of Health and Illness*, 21(5), 669–688. <http://doi.org/10.1111/1467-9566.00178>
- Stiker, H.-J. (2002). Analyse anthropologique comparée de deux classifications: Classification internationale du fonctionnement, du handicap et de la santé (OMS) et Classification québécoise dite Processus de production du handicap (Société canadienne pour la CIDIH). *Handicap*, (94–95), 95–109.
- Tine, C. T. (2012). À la recherche de significations dans le discours et les pratiques des enseignants. Contenus et dynamique des représentations sociales de l'inclusion scolaire des enfants et adolescents en situation de handicap en Italie. Tesi di dottorato, Roma-Lione: Dottorato Internazionale “Culture, Disabilità, Inclusione: Educazione e Formazione.”
- Trnka, P. (2003). Subjectivity and values in medicine: the case of Canguilhem. *The Journal of Medicine and Philosophy*, 28, 427–446.
<http://doi.org/10.1076/jmep.28.4.427.15966>.
- UN. (2006, December 13). Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New York: UN.
- Üstün, T. B., Chatterji, S., Bickenbach, J., Kostanjsek, N., & Schneider, M. (2003). The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disability and Rehabilitation*, 25(11–12), 565–71. <http://doi.org/10.1080/0963828031000137063>.
- vonWeizsäcker, V. (1990). *Filosofia della medicina*. (T. Henkelmann, Ed.). Milano:

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF



Angelo Guerini e Associati.

WHO. (1986). *The Ottawa Charter for Health Promotion*. Ottawa: WHO.

WHO. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health* (tr. it.2002). Geneva: WHO.

Wilson, H. J. (2000). The myth of objectivity: is medicine moving towards a social constructivist medical paradigm? *Family Practice*, 17(2), 203–209.

<http://doi.org/10.1093/fampra/17.2.203>.

Yin, K. R. (2003). *Case Study Research. Design and Methods*. (tr. it.2005). London: Sage Publications.

Zurru, A. L. (2013). Disabilità, salute e processi identitari: un approccio interdisciplinare tra sapere pedagogico e scienze mediche. In A. Mura & A. L. Zurru (Eds.), *Identità, soggettività e disabilità. Processi di emancipazione individuale e sociale*. (pp. 166–185). Milano: FrancoAngeli.

Zurru, A. L. (2015). *La dimensione identitaria nella persona disabile. Lo sguardo della Pedagogia Speciale sulle dinamiche della cura medica*. Milano: FrancoAngeli.

Antioco Luigi Zurru, insegna Pedagogia Speciale, Didattica Speciale e Didattica sperimentale presso l'Università degli Studi di Cagliari. Oltre alle dimensioni ed alle questioni etico-pedagogiche inerenti ai processi di emancipazione delle persone disabili, sviluppa temi di ricerca legati alla formazione degli insegnanti. Componente della SIPeS, ha conseguito un Dottorato di Ricerca Internazionale in “Culture, disabilità e inclusione” presso l'Università degli Studi di Roma “Foro Italico”.

Contatto: antiocoluigi.zurru@unica.it

Antioco Luigi Zurru – Disabilità e soggettività.
Costruire un dialogo interdisciplinare attraverso l'ICF

