

Sapienza Università di Roma

Dottorato di Ricerca in Psicologia Cognitiva, Psicofisiologia
e della Personalità - XXIV Ciclo



Tesi di Dottorato:

FATTORI COGNITIVI E CONTESTUALI ALLE ORIGINI DEI MODELLI DI DISABILITÀ

Tutor
Prof. Stefano Federici

1° Co-tutor
Prof. Aldo Stella

2° Co-tutor
Prof. Marta Olivetti Belardinelli

Dottorando
Dr. Fabio Meloni

Anno accademico 2011-2012

**FATTORI COGNITIVI E CONTESTUALI
ALLE ORIGINI DEI MODELLI DI DISABILITÀ**

Tesi di Dottorato

Indice

Introduzione	pag.	7
1. Le rappresentazioni e i modelli della disabilità	»	12
1. Percepire e categorizzare la disabilità: alle origini dei pregiudizi e degli stereotipi	»	12
2. Le rappresentazioni della disabilità da una prospettiva di psicologia cognitiva	»	18
2.1. Teorie della cognizione sociale	»	18
2.2. Teoria dei prototipi	»	19
2.3. Teoria dell'azione ragionata e Teoria del comportamento pianificato	»	22
2.4. Cognizione sociale implicita	»	32
2.5. Teorie sugli stereotipi	»	37
2.6. Teorie pre-sociali	»	39
2.6.1. Psicologia Evoluzionistica	»	40
3. Fenomenologia dei modelli di disabilità: tra natura e cultura	»	42
3.1. Il modello medico/individuale della disabilità	»	43
3.2. Il modello sociale della disabilità	»	50
3.3. Il modello biopsicosociale della disabilità	»	58
2. Modelli della disabilità tra fattori contestuali e vincoli cognitivi: il paradigma della ricerca	»	63
1. Le rappresentazioni della disabilità e i paradigmi delle scienze sociali	»	63
2. Obiettivi e ipotesi della ricerca	»	73

3. Il paradigma epidemiologico: i modelli di disabilit� tra vincoli contestuali e vincoli cognitivi.	pag.	78
3.1. Gli studi di Margaret Evans sulla diffusione del creazionismo e dell'evoluzionismo tra i bambini	»	78
3.2. Ragioni dell'adozione del paradigma di Evans	»	80
3.3 Descrizione del paradigma di Evans adattato agli scopi della ricerca	»	81
4. Il paradigma architettureale: meccanismi psicologici alle origini del modello medico di disabilit�	»	92
4.1. La ricerca di Park, Faulkner e Schaller sui processi evoluti di evitamento delle malattie	»	92
4.2. Ragioni dell'adozione del paradigma di Park, Faulkner e Schaller	»	93
4.3. Descrizione del paradigma di Park, Faulkner e Schaller adattato agli scopi della ricerca	»	94
3. La ricerca sperimentale: analisi dei dati e risultati	»	98
1. Paradigma epidemiologico (Evans): Analisi dei dati sperimentali	»	98
1.1. Reclutamento del campione	»	98
1.2. Dati demografici	»	99
1.3. Modalit� di somministrazione	»	103
1.4. Analisi dei dati	»	105
1.4.1. Spiegare la disabilit� – parte prima (domande a risposte aperte)	»	105
1.4.2. Spiegare la disabilit� – parte seconda (domande a risposte chiuse)	»	110
1.4.3. Spiegare la disabilit� ai figli. La disabilit� � un 'caso speciale'?	»	116
1.4.4. Conoscenze sulla disabilit�, interessi e attivit�	»	119
1.4.5. Tipologia delle credenze: la coerenza esplicativa	»	121
1.4.6. Modelli dei bambini, modelli genitoriali e fattori ambientali	»	125
1.4.7. Predittori delle credenze sulla disabilit� in et� evolutiva	»	131

1.5. Discussione e conclusioni sul paradigma epidemiologico	pag.	137
2. Paradigma architettrale (Park, Faulkner e Schaller): Analisi dei dati sperimentali	»	141
2.1. Reclutamento del campione	»	141
2.2. Dati anagrafici	»	142
2.3. Modalità di somministrazione	»	143
2.4. Analisi dei dati	»	145
2.4.1. La vulnerabilità percepita alle malattie e il contatto con la disabilità	»	145
2.4.2. La forza delle attribuzioni implicite di 'malattia' e 'spiacevolezza' alla disabilità	»	145
2.4.3. Disabilità, malattia e spiacevolezza: correlazioni con la vulnerabilità percepita alle malattie e la sensibilità al disgusto	»	148
2.5. Discussione e conclusioni sul paradigma architettrale	»	150
3. Conclusioni generali	»	152
Bibliografia	»	157
Appendice 1A	»	178
Appendice 1B	»	190
Appendice 1C	»	192
Appendice 2A	»	194
Appendice 2B	»	201
Appendice 2C	»	206
Appendice 2D	»	208
Appendice 3A	»	211
Appendice 3B	»	214
Appendice 4	»	216
Appendice 5	»	218
Appendice 6	»	220

Introduzione

La disabilità è una condizione dell'esperienza umana la cui universalità – il fatto che riguardi, prima o poi, tutti e non sia prerogativa esclusiva di un ristretto gruppo di persone 'sfortunate' – è stata riconosciuta in tempi relativamente recenti, all'interno di una prospettiva teorica di matrice sociologica: il modello biopsicosociale della disabilità. La disabilità, scriveva lo studioso e attivista egli stesso disabile Irving K. Zola, è una condizione che riguarda tutti e, in quanto tale, non è tanto un problema di 'se', ma di 'quando', non tanto di 'quale' ma di 'quanta' e 'in che combinazione'. Il modello biopsicosociale è oggi promosso quasi universalmente, anche poiché costituisce la cornice concettuale di riferimento della nuova Classificazione del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) elaborata e diffusa dall'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Il modello biopsicosociale nasce storicamente dall'integrazione di altre due posizioni teoriche, in gran parte inconciliabili e irriducibili l'una all'altra: il modello medico/individuale e il modello sociale.

Nel modello medico/individuale, la disabilità assume i connotati di una tragedia personale, fortemente connessa alla dimensione delle strutture e delle funzioni corporee, tale per cui una menomazione condurrà, secondo una causalità di tipo diretto e lineare, automaticamente ad una condizione di disabilità. Nella logica del modello medico/individuale, come d'altronde la stessa denominazione suggerisce, l'unica possibilità di 'cura' è quella riabilitativa di ambito sanitario; pertanto, delle due l'una: o una specifica condizione di disabilità è superabile, e quindi riabilitabile, attraverso cure mediche, o non lo è. Dal momento che la medicina può essere efficace solo quando il 'male' sia rimediabile, ovvero sia possibile una *restitutio ad integrum* del malato, ne consegue che gran parte delle situazioni di disabilità, essendo o congenite o acquisite ma immodificabili, finiranno per non

ricevere alcun tipo di attenzione da parte dei medici. Per esse, semplicemente e letteralmente, non ci sarà nulla da fare.

Nel modello sociale, elaborato a partire dalla fine degli anni '60 del secolo scorso in opposizione al modello medico/individuale e all'interno di una prospettiva sociologica ideologicamente orientata in senso marxista, la disabilità, controintuitivamente, non ha nulla a che vedere col corpo. Essa è, invece, il risultato di un'impostazione culturale e della conseguente organizzazione sociale che esclude ed emargina dalla partecipazione e limita nell'agire tutti i 'corpi' non adeguati e, perciò, 'diversi' dallo standard comunemente ritenuto accettabile. In questa prospettiva, l'accento è posto sull'ambiente: le barriere architettoniche e le barriere culturali sono la vera e unica causa della disabilità e il loro mantenimento è determinato dalla volontà oppressiva della 'classe' dominante dei normodotati.

Tra queste due istanze contrapposte, viene elaborato a partire dagli anni '80 del secolo scorso, il modello biopsicosociale che, nella prospettiva delle teorie della complessità e dei sistemi, sposta l'attenzione dalla contrapposizione 'abile vs. disabile' alla dimensione del 'funzionamento', le cui determinanti risiedono sia nel corpo (strutture e funzioni corporee) sia nel contesto (fattori personali e ambientali). La relazione di causalità tra i fattori da lineare si fa circolare e le menomazioni non diventano più una condizione di per sé sufficiente a determinare lo status di disabile: il contesto fa la differenza.

Il modello biopsicosociale rappresenta, dunque, una sorta di rivoluzione culturale che, dal punto di vista teorico, si costituisce come una formazione di compromesso tra i due modelli contrapposti medico/individuale e sociale, sintetizzando a un livello qualitativamente differente rispetto ad essi le istanze più valide di entrambi.

Rimane da stabilire, però, in quale misura tale 'salto paradigmatico' possa essere colto – quanto sia diffuso – a livello culturale e sociale e quanto esso sia compatibile con le credenze socialmente e culturalmente condivise sulla disabilità o, meglio ancora, quanto ci sia, nel primo, di compatibile con le seconde.

La gran parte della letteratura scientifica esistente in ambito psicologico sulla disabilità e che prenda in esame le rappresentazioni di diversi tipi di popolazioni su di essa, non indaga l'organizzazione cognitiva delle persone ma si limita a effettuare delle rilevazioni sul contesto socio ambientale della specifica popolazione oggetto di studio e a indicare, nei casi migliori, su quali variabili eventualmente intervenire per incrementare il livello di inclusione delle persone disabili. L'assunto implicitamente condiviso da que-

sto tipo di studi è che gli stereotipi e i pregiudizi largamente diffusi nei confronti della disabilità siano un dato di fatto interamente determinato dai fattori culturali o, meglio, dal complesso di elementi della tradizione, delle abitudini e dei costumi di un dato gruppo umano. Di conseguenza, l'intervento culturale è l'unica strada possibile per modificare le condizioni di vita delle persone disabili.

Per quanto indubitabilmente l'intervento sulle dinamiche culturali sia importante, necessario e addirittura doveroso, resta da capire in quale direzione orientare gli interventi e il cambiamento e se, a una ricerca più o meno casuale e più o meno intuitiva delle variabili su cui intervenire, non sia preferibile, anzitutto, verificare se ed in quale misura il modo in cui le persone si rappresentano la disabilità non sia influenzato anche da meccanismi o da vincoli cognitivi specifici e, perciò, universali. L'emarginazione delle persone disabili dal più ampio contesto sociale non è una caratteristica che riguardi alcuni gruppi umani e non altri, ma è, piuttosto, una costante pressoché diffusa, con modalità diverse, in tutte le culture. Se non vi è dubbio che tra una cultura e l'altra, tra un gruppo umano e l'altro, cambino spesso i riferimenti valoriali e il complesso delle aspettative e dei ruoli sociali, è anche vero che dappertutto la menomazione rappresenta un'eccezionalità, quasi sempre in negativo, molto raramente in positivo. Il cambiamento di segno dell'eccezionalità non è un elemento che la contraddice, ma, anzi, la rafforza: la disabilità è sempre un 'caso speciale'. Se questo è realmente ciò che accade a livello universale, allora è probabile che sia gli oggetti sia la direzione degli interventi che mirano all'inclusione dei disabili non vadano ricercati e individuati solo nelle specificità e nelle dinamiche culturali di ogni gruppo umano indagato, ma, probabilmente, anche nella struttura architeturale della mente umana e nelle funzioni a cui rispondono i suoi meccanismi. Curiosamente, però, non solo le uniche prospettive teoriche unitarie e coerenti sulla disabilità sono state, fino ad oggi, oggetto di ricerca unicamente di studi sociologici ma anche la psicologia ha sostanzialmente ignorato la mente per concentrarsi prevalentemente sulle variabili ambientali.

Il lavoro sperimentale presentato in questa tesi di dottorato ha lo scopo di iniziare a colmare il vuoto che la ricerca nell'ambito della psicologia cognitiva ha lasciato negli studi sulle rappresentazioni della disabilità. Il punto di partenza del lavoro è costituito proprio dai modelli della disabilità elaborati o studiati dalla prospettiva sociologica e, più specificamente, dall'indagine su tali modelli al fine di valutare se essi siano prospettive me-

ramente teoriche e astratte, pure elaborazioni intellettuali senza riscontro nel modo di pensare la disabilità degli individui oppure, al contrario, se e in quale misura siano 'incarnati' nelle rappresentazioni individuali e non siano essi stessi, in tutto o in parte, espressione di elementi invariati da un gruppo umano all'altro e, perciò, universali.

Il primo capitolo di questo lavoro, dunque, introduce il tema delle rappresentazioni della disabilità, a partire dallo stato dell'arte di quegli studi, condotti in un settore di confine tra la psicologia sociale e quella cognitiva, che hanno affrontato la percezione e la categorizzazione della disabilità. In particolare, il capitolo si sofferma sulle (poche) ricerche nelle quali sia possibile rintracciare un esplicito riferimento a teorie sulla categorizzazione note o sostenute da una valida tradizione scientifica in psicologia cognitiva. La relativa scarsità di prodotti rispondenti a questi criteri è, come già accennato in precedenza, una delle ragioni della presente ricerca. La costruzione di un oggetto di indagine definito e coerente, pertanto, parte precisamente dai contenuti teorici di schemi di riferimento per l'interpretazione della disabilità elaborati, però, nella tradizione sociologica, i modelli di disabilità, la cui articolata descrizione chiude il primo capitolo.

Nel secondo capitolo viene esposto il paradigma della ricerca, ovvero sia la tradizione scientifica entro la quale collocare il lavoro sperimentale sia la logica paradigmatica che lo sostiene. Premessa fondamentale è il chiarimento delle differenze tra il cosiddetto Modello Standard delle Scienze Sociali, che rappresenta l'attuale *mainstream* della ricerca in campo sociale e psicologico e nel cui ambito la cultura e le sue manifestazioni sono intese come 'date', prodotte dalla cultura stessa e trasmesse attraverso l'apprendimento, e il Modello Causale Integrato, secondo cui la cultura è, in ultima analisi, un prodotto della biologia e, dunque, consiste nell'espressione, declinata individualmente e socialmente, di contenuti in gran parte universali e che si sono costituiti grazie alle pressioni selettive verificatesi nell'ambiente di adattamento evolutivo. In questa prospettiva, gli aspetti da indagare nell'approccio scientifico a qualsiasi fenomeno sono, principalmente, due: i) osservare la 'distribuzione epidemiologica', intergenerazionale e interculturale, del fenomeno stesso e ii) ipotizzare, individuare e verificare sia l'esistenza dei meccanismi cognitivi specifici che lo producano sia la funzione alla quale rispondono. Il paradigma adottato nella presente ricerca, elaborato a partire dalla fusione di due pa-

radigmi sperimentali mutuati da precedenti ricerche, intende perseguire esattamente tali obiettivi.

Il terzo capitolo, infine, espone i risultati delle sperimentazioni effettuate, distinti, dal punto di vista espositivo, in base ai due paradigmi utilizzati.

La ricerca condotta per questa tesi di dottorato contiene alcuni elementi di originalità che è opportuno qui sottolineare. In primo luogo, essa rappresenta una novità nel panorama della ricerca internazionale nella misura in cui persegue l'obiettivo di rintracciare, nell'organizzazione cognitiva umana, i fondamenti rappresentazionali delle credenze sulle quali sono edificati gli impianti teorici dei modelli della disabilità. Tale obiettivo, oltre ad indicare una prospettiva di ricerca in campo scientifico, può avere anche importanti conseguenze pratiche, dal momento che sono proprio i modelli della disabilità a guidare e indirizzare, esplicitamente, le iniziative politiche, sociali e culturali che le amministrazioni e i governi intraprendono al fine di migliorare le condizioni di vita delle persone disabili e di promuovere l'inclusione e l'integrazione sociale. In secondo luogo, pur essendo il paradigma sperimentale mutuato, nella forma, da studi precedenti, esso è stato completamente ripensato e rielaborato per adattarlo ai contenuti oggetto di indagine: i contenuti sono, infatti, del tutto originali e, in modo particolare, lo è la combinazione dei due paradigmi di origine (Evans, 2001; Park, Faulkner, & Schaller, 2003) effettuata allo scopo di indagare l'oggetto della ricerca nel modo più completo e puntuale possibile. Per questo motivo, la ricerca qui presentata si propone anche come un primo tentativo originale di proporre un protocollo, complesso e integrato, di ricerca sperimentale nell'ambito della disabilità che sia ispirato ai fondamenti teorici della psicologia evoluzionistica e coerente con il Modello Causale Integrato delle scienze sociali.

1. Le rappresentazioni e i modelli della disabilità

Sommario

Questo capitolo affronta il tema delle rappresentazioni sociali della disabilità. Un ampio excursus sugli studi che hanno affrontato il tema della categorizzazione e degli atteggiamenti, dei pregiudizi e degli stereotipi sulla disabilità (Paragrafo 1) introduce una approfondita rassegna bibliografica che analizza le ricerche, presenti in letteratura, esplicitamente riconducibili a modelli teorici propri della psicologia cognitiva (Paragrafo 2). Chiude il capitolo un'ampia disamina dei tre principali modelli della disabilità, fino ad oggi oggetto di indagini unicamente di tipo sociologico (Paragrafo 3).

1. Percepire e categorizzare la disabilità: alle origini dei pregiudizi e degli stereotipi

La categorizzazione è un elemento fondamentale del funzionamento, della cognizione e della percezione umana. Il mondo, fisico e sociale, presenta una complessità tale per cui, senza qualche modalità di partizione dell'incalcolabile quantità di stimolazione in entrata, gli esseri umani, probabilmente, non sarebbero in grado di sopravvivere a lungo. Pertanto, al fine di fronteggiare la miriade di sollecitazioni sensoriali entro le quali sono costantemente immersi, gli individui astraggono dalle loro percezioni alcuni significati generali ed elaborano euristiche e altri principi di semplificazione al fine di effettuare operazioni cognitive sugli elementi del mondo circostante che siano rilevanti per la sopravvivenza (Dovidio, Pagotto, & Hebl, 2011).

A differenza che nel passato, dunque, il 'pre-giudizio' non è più considerato come una psicopatologia o una forma di devianza sociale (Adorno,

Frenkel-Brunswik, Levinson, & Sanford, 1950; Gilbert, 1951; Katz & Braly, 1933) ma come l'esito di un meccanismo costitutivo del funzionamento psicologico: le persone si muovono nella realtà sociale prima di tutto categorizzando e separando tra 'io' e 'tu', tra 'noi' e 'loro' (Brewer, 1979; Tajfel & Turner, 2001).

L'informazione filtrata attraverso la categorizzazione ha, con ogni probabilità, un impatto rilevante sulla formazione delle impressioni (Fiske & Neuberg, 1990; Yzerbyt, Schadrin, Leyens, & Rocher, 1994). In letteratura sono presenti numerosi modelli in proposito: come riportato recentemente da Rohmer e Louvet (2009) l'elaborazione cognitiva che presiede alla formazione delle impressioni si muoverebbe lungo un continuum ai cui estremi vi sono, da un lato l'elaborazione basata sulle categorie, di tipo top-down e, dall'altro, quella di tipo bottom-up fondata sulle informazioni individuali (Brewer & Feinstein, 1999; Fiske, Lin, & Neuberg, 1999). Il grado in cui le persone fanno ricorso all'una o all'altra delle due modalità è funzione di numerosi fattori, da quelli cognitivi (Bless, Schwarz, Bodenhausen, & Thiel, 2001; Lambert, Chasteen, Payne, & Shaffer, 2004) a quelli motivazionali (Fiske, Neuberg, Beattie, & Milberg, 1987) a quelli situazionali (Klauer, Wegener, & Ehrenberg, 2002; Rohmer & Louvet, 2006). Tuttavia, sembrano esserci relativamente pochi dubbi sul fatto che la formazione delle impressioni su base categoriale abbia un'importanza preponderante, almeno sulla formazione della cosiddetta 'prima impressione'. Sembra, dunque, che le prime informazioni che vengono raccolte su un oggetto/individuo siano quelle maggiormente salienti rispetto ad una qualche categoria di appartenenza. La letteratura, pressoché unanimemente, riporta che il genere e la razza sono categorie sovraordinate e che vengono attivate in modo automatico ed indipendente sia dal gruppo di appartenenza del percipiente e sia da fattori contestuali. Ito and Urland (2003), in un primo studio - i cui risultati sono stati confermati in un lavoro successivo (2005) - hanno utilizzato i potenziali cerebrali evento correlati come misura dell'elaborazione attentiva e della memoria di lavoro quando ai soggetti dei loro esperimenti venivano presentate immagini di uomini e donne, sia bianchi che neri. Nei due esperimenti condotti dagli autori, l'attenzione dei soggetti era catturata più velocemente dalla razza (c.ca 100 ms dopo la comparsa dello stimolo) rispetto al genere (c.ca 150 ms dopo la comparsa dello stimolo). Successivamente, la ricerca di Demoulin, Leyens, and Yzerbyt (2006) ha chiarito che le persone tendono a percepire tali categorie sovraordinate come 'naturali', ovvero immodificabili e stabili nel tempo. Morchain, Rohmer e Louvet (2008) in una ricerca pubblicata

negli *Actes du Congrès 2007 de la Société Française de Psychologie*, hanno trovato che la disabilità è percepita come una caratteristica 'essenziale', ovvero naturale e stabile nel tempo. Dal momento che le persone con disabilità sono immediatamente percepite come 'disabili', prima che per le loro caratteristiche di genere e di etnia, laddove persone non disabili sono invece categorizzate in base a queste ultime (Rohmer & Louvet, 2009) si può ipotizzare che, al pari di genere ed etnia, anche la disabilità, specialmente quella fisica, sia a pieno titolo una categoria sovraordinata. Come fanno notare Rohmer e Louvet, soprattutto nella cultura occidentale, che attribuisce valore agli individui sulla base dei risultati raggiunti e dell'efficienza, le persone disabili, stereotipicamente rappresentate come dipendenti, senza potere ed economicamente disagiate, costituiscono un gruppo con uno status sociale basso, e ciò influisce sulla salienza della disabilità stessa nel processo di categorizzazione sociale. Tuttavia, appare quanto meno debole l'argomentazione che attribuisce le ragioni di una salienza percettiva che addirittura supera quella di genere ed etnia a fattori squisitamente socio culturali.

Peraltro, va rilevato che lo studio dei modi in cui gli individui si rappresentano le persone disabili e la disabilità è certamente oggetto di interesse della ricerca scientifica internazionale da oltre un cinquantennio, ma in termini piuttosto parziali e, per alcuni versi, fortemente lacunosi. Il tema sul quale maggiormente si è concentrato l'interesse degli studiosi è quello degli atteggiamenti (*attitude*) nei confronti della disabilità o dei sistemi di credenze su di essa (Antonak & Livneh, 1988; Barr & Bracchitta, 2008), più che sulle rappresentazioni mentali, sulle concettualizzazioni o su eventuali 'modelli mentali' della disabilità in senso stretto.

La letteratura internazionale è, dunque, particolarmente ricca di prodotti bibliografici che trattano l'argomento degli atteggiamenti nei confronti dei disabili e della disabilità, soprattutto da una prospettiva di psicologia sociale quando non propriamente sociologica. La ragione di ciò si può rintracciare nella storia stessa della psicologia degli atteggiamenti e, in particolare, nel fatto che fu proprio l'autore del primo manuale di psicologia sociale, Gordon Allport, ad affermare che "l'atteggiamento è il concetto più distintivo e indispensabile della psicologia sociale contemporanea" (Allport, 1935, p. 798). La stessa definizione di atteggiamento, fornita da Allport, come "uno stato mentale o neurologico di prontezza organizzato attraverso l'esperienza, che esercita un'influenza direttiva o dinamica sulla risposta dell'individuo nei confronti di ogni oggetto e situazione con cui entra in relazione" (Allport, 1935, p. 810) costituisce ancor oggi un riferi-

mento imprescindibile al quale qualsiasi trattazione sul tema non può esimersi dall'offrire un doveroso tributo. Tuttavia, nonostante il dominio pressoché assoluto della psicologia sociale sul tema degli atteggiamenti, la diversità di vedute in merito ha condotto ad accumulare, ad oggi, oltre trenta diverse definizioni di atteggiamento (Rao, 2004). A giustificazione di ciò, si tenga anche presente la natura 'ambivalente' degli atteggiamenti e, dunque, il loro essere considerati, alternativamente, come 'preferenze' (Bargh, Chen, & Burrows, 1996; Pratto, Sidanius, Stallworth, & Malle, 1994; Zajonc, 1980), e cioè conoscenze basate sulle emozioni più che sulle cognizioni, o, al contrario, proprio come 'cognizioni' (Ajzen & Fishbein, 1980; Ajzen & Sexton, 1999; Fishbein & Ajzen, 1975) ovvero come costrutti fondati sulle componenti cognitive o, ancora, come 'valori', scopi generali e astratti che guidano l'esistenza degli individui (Schwartz, 1992; 1996).

Tuttavia, da quasi vent'anni, la maggior parte degli studiosi aderisce ad una concezione degli atteggiamenti di tipo multicomponentiale: l'atteggiamento consisterebbe in "una tendenza psicologica che è espressa dalla valutazione di una particolare entità con un certo grado di favore o disapprovazione" (Eagly & Chaiken, 2007, p. 582; 1993, p. 1). In tale definizione è possibile rintracciare i tre elementi della concezione multicomponentiale: la valutazione cognitiva, la risposta affettiva, la tendenza comportamentale. Le componenti affettiva (reazione emotiva) e cognitiva (informazioni e credenze) costituirebbero le fonti dell'atteggiamento, la cui espressione consisterebbe nella tendenza ad agire in un determinato modo, favorevole o sfavorevole, rispetto all'oggetto dell'atteggiamento stesso (evitamento o avvicinamento).

Va notato, peraltro, che la ricerca scientifica sugli atteggiamenti è fortemente orientata, da sempre, allo studio degli aspetti comportamentali o, comunque, alla relazione tra l'atteggiamento e il comportamento. Decisamente minore attenzione è stata posta agli aspetti cognitivi degli atteggiamenti o a quella che Eagly e Chaiken (2007) chiamano "tendenza interna", tanto da far dichiarare loro quanto sia ancor oggi necessario "specificare la natura degli atteggiamenti, proponendo teorie che forniscano metafore per gli elementi costitutivi di quelle tendenze interne che sono gli atteggiamenti" (p. 582). Ed è interessante notare che, per questi due Autori, non solo la 'tendenza' sia fortemente influenzata dalla passata esperienza dell'individuo, ma che sia anche non necessariamente consapevole o cosciente. Tale affermazione coglie certamente i più recenti sviluppi dello studio sugli atteggiamenti e, in particolar modo, la ricerca sulla differenza e sulla discrepanza esistente tra atteggiamenti impliciti ed espliciti

(Greenwald & Banaji, 1995; Greenwald et al., 2002). La ricerca contemporanea, infatti, ha messo in evidenza che gli individui, indipendentemente dal fatto di professare esplicitamente credenze di tipo egalaritario o scervere da pregiudizi di sorta, in realtà, nel momento in cui si trovano a fronteggiare situazioni nuove o percepite come scomode, possono produrre atteggiamenti negativi in modo automatico ovvero inconsapevole e di contenuto opposto rispetto a quanto esplicitamente sostenuto, persino con convinzione (Devine, 1989; Nosek, Banaji, & Greenwald, 2002). Quest'ultimo aspetto si sta rivelando di importanza fondamentale proprio nello studio degli atteggiamenti verso le persone disabili e la disabilità: gli atteggiamenti espliciti verso i disabili frequentemente riflettono il bisogno di desiderabilità sociale. Peraltro, gli atteggiamenti espliciti, in genere, correlano solo molto debolmente con gli atteggiamenti rilevati a livello implicito e ciò che di solito favorisce i mutamenti negli atteggiamenti espliciti sembra avere scarso o nullo peso sul cambiamento degli atteggiamenti impliciti (Hein, Grumm, & Fingerle, 2011).

Il pregiudizio inespresso contro le persone disabili è fortemente pervasivo a molti livelli sociali e si insinua in ciascuno dei tre ambiti concentrici individuati da Antonak e Livneh (1988) entro i quali operano gli atteggiamenti verso i disabili: i) il livello dei parenti, degli amici e dei pari, dove gli atteggiamenti di questi ultimi sono in grado di influenzare non soltanto il concetto di sé della persona ma anche le sue modalità di socializzazione nella comunità più ampia; ii) il livello della cura, della riabilitazione e dell'educazione (medici, psicologi, operatori ed educatori, insegnanti, sacerdoti) nel quale gli atteggiamenti di chi ne fa parte possono avere un enorme impatto sia sui processi di adattamento psicosociale dell'individuo disabile sia sugli atteggiamenti dei membri del livello precedente e di quello successivo, ovvero iii) la società intesa nel senso più generale, il terzo livello, più esterno e più ampio, nel quale la prevalenza di atteggiamenti negativi può essere inferita soprattutto dagli stereotipi utilizzati dai media, dalle credenze pregiudiziali, dagli etichettamenti peggiorativi o dall'assenza di cure e servizi per le persone disabili.

Livneh (1988) descrive sei prospettive, di derivazione psicodinamica e psicosociale, dalle quali esaminare le fonti degli atteggiamenti negativi delle persone normodotate verso i disabili, che rappresentano anche altrettanti sistemi di categorizzazione degli atteggiamenti stessi: socioculturale-psicologica, affettiva-cognitiva, conscia-inconscia, esperienza passata-situazione presente, origine interna-origine esterna, teoretica-empirica. Secondo McCarthy e Campbell (1993) gli atteggiamenti verso la disabilità e

le persone disabili sono correlati con la quantità di contatto diretto che le persone normodotate hanno con i disabili, le cui conseguenze sugli atteggiamenti saranno il prodotto dell'interazione tra le caratteristiche della persona disabile, le caratteristiche di quella non disabile e la relazione che si stabilisce tra loro (Yuker, 1988). Tuttavia, la tesi di McCarthy e Campbell è stata recentemente messa in discussione dallo studio di McManus, Feyes e Saucier (2011) per i quali è la qualità del contatto, più che la quantità, a produrre effetti apprezzabili sugli atteggiamenti.

L'importanza del contatto con persone disabili è sostenuta da molti studi (Aaberg, 2011; Brownlee & Carrington, 2000; Cameron, Rutland, & Brown, 2007; Carter, Hughes, Copeland, & Breen, 2001; Daruwalla & Darcy, 2005; Diamond, 2001; Gill, Kroese, & Rose, 2002; Hein et al., 2011; Hunt & Hunt, 2000; Kalyva & Agaliotis, 2009; Keller & Siegrist, 2010; Krahe & Altwasser, 2006; Marom, Cohen, & Naon, 2007; Parashar, Chan, & Leierer, 2008; Parasuram, 2006; Pettigrew, Tropp, Wagner, & Christ, 2011; Piercy, Wilton, & Townsend, 2002; Reinhardt et al., 2011; Sahin & Akyol, 2010; Seo & Chen, 2009; Shields, Bruder, Taylor, & Angelo, 2011; Stachura & Garven, 2007; Tachibana & Watanabe, 2004; ten Klooster, Dannenberg, Taal, Burger, & Rasker, 2009; Yazbeck, McVilly, & Parmenter, 2004), pur con qualche voce critica (Bossaert, Colpin, Pijl, & Petry, 2011; Gage, Saylor, & DeRoma, 2002; Gannon & McGilloway, 2009; Manetti, Schneider, & Siperstein, 2001). Peraltro, anche l'informazione e la conoscenza, secondo la letteratura, avrebbero un ruolo importante nella formazione degli atteggiamenti: Lee e Rodda (1994) sostengono infatti che "gli atteggiamenti negativi verso le persone con disabilità sembrano derivare da un'informazione difettosa nel sistema di convinzioni sulla disabilità e sulle persone disabili" (p. 232). Dunque, un modo per cambiare gli atteggiamenti potrebbe essere quello di agire sull'informazione disponibile attraverso interventi educativi e training di sensibilizzazione (Lee & Rodda, 1994; Sahin & Akyol, 2010; D. L. Stone & Colella, 1996). Anche in questo caso, tuttavia, McManus, Feyes e Saucier (2011), Krahe e Altwasser (2006) e, per certi versi, Daruwalla (2005) attribuiscono scarsa rilevanza al peso della conoscenza o dell'informazione sugli atteggiamenti.

Altre variabili, che secondo alcuni studi hanno rilevanza nella formazione e nel mutamento degli atteggiamenti verso la disabilità, possono essere la desiderabilità sociale e alcune dimensioni rilevate dal Big Five (Keller & Siegrist, 2010) o il livello di istruzione (Karellou, 2003; Yazbeck et al., 2004).

L'indagine sulle caratteristiche demografiche e di personalità che influenzano gli atteggiamenti verso la disabilità degli individui e lo studio dei sistemi più efficaci per modificarli, al fine di migliorare il comportamento verso le persone disabili, hanno sostanzialmente dominato la ricerca sull'argomento. Parallelamente, gran parte degli studiosi hanno rivolto la loro attenzione ai metodi di misurazione degli atteggiamenti verso la disabilità (Antonak, 1981; Cowen, Underberg, & Verrillo, 1958; Findler, Vilchinsky, & Werner, 2007; Gething, 1991; Larrivee & Cook, 1979; Lukoff & Whiteman, 1961; Mussen & Barker, 1944; Pruett & Chan, 2006; Pruett, Lee, Chan, Wang, & Lane, 2008; Rusalem, 1950; Rusalem, Cohen, & Grady, 1965; Siller, Ferguson, Vann, & Holland, 1968; A. Thomas, Palmer, Coker-Juneau, & Williams, 2003; Vaughn, Thomas, & Doyle, 2011; Yuker, Block, & Campbell, 1960) quali strumenti operativi per verificare l'efficacia degli interventi pedagogici ed educativi rivolti a diverse fasce della popolazione generale.

Da quanto esposto appare evidente che, anche nello studio delle rappresentazioni della disabilità, sia la psicologia sociale che, a tratti, la psicologia della personalità abbiano avuto un ruolo di primo piano e che ancora oggi lo studio degli atteggiamenti verso la disabilità e le persone disabili sia centrato maggiormente sui temi della misurazione, del cambiamento e, più in generale, sull'aspetto relazionale e sociale.

2. Le rappresentazioni della disabilità da una prospettiva di psicologia cognitiva

2.1. Teorie della cognizione sociale

La cognizione sociale studia le strutture e i processi che permettono alla persona di accumulare conoscenza della realtà per trasformarla in maniera adattativa ai propri bisogni; pertanto, coniugando le tematiche di tradizionale interesse della psicologia sociale con i metodi della psicologia cognitiva, la cognizione sociale si occupa dei processi attraverso cui le persone acquisiscono informazioni dall'ambiente, le interpretano, le immagazzinano in memoria e le recuperano, al fine di comprendere sia se stessi sia il proprio mondo sociale ed organizzare di conseguenza i propri comportamenti. Inoltre, le teorie della cognizione sociale studiano le modalità at-

traverso le quali il contesto sociale influenza le prestazioni cognitive. Nell'ambito di tale approccio, gli atteggiamenti si formano unicamente nell'incontro con l'oggetto ovvero come giudizio di valutazione su di esso. Per quanto sia possibile ipotizzare una predisposizione a reagire in un determinato modo, sulla dimensione piacevolezza-spiacevolezza, verso uno specifico oggetto, è il contatto con l'oggetto stesso a formare l'atteggiamento.

Le teorie della cognizione sociale, dunque, non si soffermano sull'aspetto 'genetico' della formazione o del mantenimento degli atteggiamenti, ma studiano, piuttosto, le variabili culturali e sociali o di personalità che sono alla base della formazione degli atteggiamenti. È possibile individuare in letteratura almeno cinque differenti cornici teoriche riconducibili all'ambito della cognizione sociale che trattino il tema degli atteggiamenti e/o della loro formazione: la Teoria dei prototipi, la Teoria dell'azione ragionata, la Teoria del comportamento pianificato, la Cognizione sociale implicita e le Teorie sugli stereotipi.

2.2. Teoria dei prototipi

Secondo Eleanor Rosch, "il mondo consiste in un numero virtualmente infinito di differenti stimoli discriminabili. Una delle più elementari funzioni di qualsiasi organismo è quella di suddividere l'ambiente tramite classificazioni che consentano di trattare in modo equivalente stimoli non identici" (Rosch, Mervis, Gray, Johnson, & Boyes-Braem, 1976, p. 382). Già Rausch (1966) aveva fatto notare come la categorizzazione suddivida un continuum percettivo non secondo linee nette ma attorno a prototipi. Un'etichetta categoriale permette al percipiente di predire gli attributi di un membro di una categoria basandosi su aspettative generali riguardo a tale categoria (Cantor & Mischel, 1979). Gli studiosi hanno definito la *prototipicalità* di un oggetto come il grado in cui quell'oggetto possiede attributi in comune con altri membri della sua categoria e meno attributi in comune con i membri di altre categorie (Cantor & Mischel, 1979; Rosch & Mervis, 1975). Dunque, il grado di appartenenza degli oggetti a una categoria è determinato dalla loro maggiore o minore somiglianza con il prototipo, ovvero con un esemplare 'tipico' di quell'oggetto. La *prototipicalità* sarebbe, pertanto, la struttura principale che presiede alla formazione delle categorie semantiche degli oggetti. Tuttavia, la categorizzazione di un

oggetto non è univoca ma è differenziata coerentemente con i possibili livelli di astrazione: oltre ad una categoria di base, che è quella propria del prototipo, un oggetto è classificabile anche secondo attributi superordinati o subordinati, ovvero secondo caratteristiche più generali o più specifiche. Sebbene le prime ricerche sui prototipi si siano rivolte in modo ampio e diffuso alla percezione di oggetti, alcuni studi hanno applicato il concetto anche alla percezione delle persone (Cantor & Mischel, 1979).

Nel lavoro *Prototypes as an Indirect Measure of Attitudes Toward Disability Groups* (2005) McCaughey e Strohmmer applicano il concetto di prototipo alla percezione di gruppi di disabili, con lo scopo di: i) descrivere le caratteristiche prototipiche di persone con sei differenti tipi di disabilità (schizofrenia, ritardo mentale, lesioni midollari, sindrome da deficit di attenzione e iperattività, cecità, sordità); ii) indagare in che modo i prototipi di questi specifici gruppi di disabilità differiscano tra loro e iii) discutere le implicazioni di tali prototipi per la ricerca e la pratica nella consulenza riabilitativa.

Il paradigma sperimentale impiegato nello studio ha previsto due fasi distinte. Nella prima fase, 51 partecipanti avevano il compito di individuare i gruppi di disabilità che sarebbero stati oggetto dello studio. I partecipanti alla seconda fase, 71 soggetti, dovevano invece sviluppare i prototipi. Nella prima fase, dunque, la consegna consisteva nel selezionare sei differenti tipi di disabilità che fossero sia identificabili al livello base rispetto alla prototipicità sia largamente familiari per la maggior parte delle persone. Pertanto, considerate come di livello superordinato, le categorie 'disabilità fisica' e 'disabilità mentale', i soggetti elencarono ciascuno cinque esempi di ognuno dei due tipi di disabilità; in base alla frequenza delle risposte, vennero individuati i sei tipi sopra descritti.

Nella seconda fase, i partecipanti dovevano, per ciascun tipo di disabilità, descrivere una persona con quel tipo di disabilità attraverso almeno 10 frasi. Per scongiurare possibili bias dovuti all'affaticamento, l'ordine di presentazione dei sei tipi di disabilità venne randomizzato tra i soggetti. Nella fase di analisi dei dati, quattro valutatori esperti, utilizzando le frasi fornite dai soggetti, definirono le categorie di attributi proprie di ciascun prototipo di disabilità ovvero classificando le definizioni fornite dai partecipanti in tante categorie quante ne ritenessero necessarie. Conseguentemente, sulla base della percentuale di soggetti che avevano fornito le risposte classificate all'interno di ciascuna categoria, quest'ultima veniva definita come centrale (*core prototype characteristic*, che conteneva risposte date da almeno il 50% dei partecipanti), come secondaria (*secondary*

prototype characteristic, con risposte fornite da una percentuale di soggetti tra il 30 e il 49 per cento), o come terziaria (*tertiary prototype characteristic*, contenente risposte fornite da una percentuale di partecipanti tra il 20 e il 29 per cento) per ciascuno dei sei differenti tipi di disabilità. Ad esempio, per le lesioni midollari emersero quattro caratteristiche centrali (paralisi, uso di/confinato su una sedia a rotelle, necessità di aiuto/dipendenza da altri, mobilità limitata/impossibilità di camminare), quattro secondarie (causata da incidente o trauma, necessità di cure mediche/ospedalizzazione, riabilitazione/ recupero, dolore) e due terziarie (disabilità fisica/handicap, emozioni negative).

I risultati ottenuti da questo studio sono stati comparati con quelli di altri studi relativi alla percezione sociale delle persone disabili e confermano la convinzione diffusa - ovvero le caratteristiche prototipiche che accomunano diversi tipi di disabilità - che le persone disabili necessitano dell'aiuto degli altri e che la loro condizione sia centrale nel definirli. Allo stesso modo, le descrizioni relative alle disabilità fisiche fanno invariabilmente riferimento a qualche forma di tecnologia assistiva.

Lo studio, inoltre, prende in considerazione anche la percentuale di descrizioni 'negative' o 'positive' associate a ciascun tipo di disabilità, mettendo in evidenza che la schizofrenia presenta il 93% di caratteristiche negative mentre i disturbi sensoriali (ciechi e sordi) si attestano intorno al 70%. Quel che lo studio sottolinea è che, anche sulla scorta delle ricerche di Kahneman e Tversky (1982) sulle euristiche, il giudizio e il comportamento delle persone nei confronti dei disabili è sicuramente influenzato dall'informazione a livello prototipico che, per le sue caratteristiche, risulta immediatamente disponibile.

Un altro dato che emerge dalla ricerca è la natura, oltre che negativa, anche piuttosto semplicistica degli attributi prototipici. Questo risultato è coerente con quanto rilevato dagli studi sui processi di categorizzazione *ingroup/outgroup*, nei quali emerge la tendenza a valutare i membri dell'*outgroup* in modo meno favorevole e comunque più semplicistico rispetto agli appartenenti all'*ingroup*. Inoltre, gli Autori citano il suggerimento di Judd, Ryan e Park (1991) secondo i quali le credenze stereotipiche negative si affermano quando, nonostante la diversità percepita all'interno dell'*ingroup*, l'omogeneità dell'*outgroup* è sovrastimata.

Il lavoro di McCaughey e Strohmmer presenta diversi limiti. Oltre a quelli indicati dagli Autori stessi (limitata generalizzabilità, dovuta al fatto di aver utilizzato un campione di studenti universitari; l'aver ignorato le eventuali esperienze di contatto dei partecipanti con la disabilità, dal momento che

la maggior parte della letteratura sull'argomento considera il contatto una delle principali fonti di mutamento degli atteggiamenti in senso positivo; il non aver tenuto conto di effetti di desiderabilità sociale) non si può non riflettere sul fatto che il processo di associazione di alcuni attributi a delle etichette potrebbe riflettere, più che gli atteggiamenti verso le persone disabili, il modo in cui le persone astrattamente concettualizzano i diversi tipi di disabilità. L'articolo, nonostante la premessa iniziale: "*The major premise of the research reported in this article is that examination of the prototypical characteristics of a person with a disability might provide insight about the formation and maintenance of societal attitudes toward individuals with disabilities*", (p. 89) nulla spiega sulla formazione dell'atteggiamento negativo verso le persone disabili ed anche la relazione tra prototipi e atteggiamenti non è adeguatamente approfondita.

2.3. Teoria dell'azione ragionata e Teoria del comportamento pianificato

Il modello di Fishbein e Ajzen (1975) definisce come centrale il ruolo della cognizione nella formazione e nel mantenimento degli atteggiamenti. Il punto di partenza è il concetto di credenza, ovvero la probabilità soggettiva che un oggetto possieda un determinato attributo; l'atteggiamento di un individuo nei confronti di quell'oggetto sarà costituito dalla sintesi delle credenze salienti da lui possedute su quell'oggetto. Pertanto, non appena la persona costruisce delle credenze su un oggetto, quelle più facilmente attivabili in memoria in un determinato contesto confluiranno nella formazione, inevitabile ed automatica, dell'atteggiamento verso quell'oggetto.

Nella Teoria dell'Azione Ragionata (1998) Fishbein e Ajzen stabiliscono il valore centrale della razionalità nel rapporto tra atteggiamenti e comportamento e rilevano che le critiche, all'epoca diffuse, sulla scarsa predittività dei primi rispetto al secondo, siano in realtà da imputarsi alla scarsa chiarezza metodologica degli studi fino ad allora pubblicati, in particolare per ciò che riguarda la natura e il numero delle variabili intervenienti nel rapporto tra cognizione e azione. La prima di queste variabili, secondo i due studiosi, è l'intenzione di mettere in atto un comportamento che è, a sua volta, funzione sia dell'atteggiamento dell'individuo verso quel dato comportamento sia della sua percezione della valutazione che altri signifi-

cativi potranno dare di quell'azione (norme soggettive). Inoltre, mentre l'atteggiamento verso il comportamento è determinato dalle credenze comportamentali, le norme soggettive sono regolate dalle credenze normative.

Nel modello della Teoria dell'azione ragionata le modificazioni di una condotta sono possibili attraverso il mutamento delle credenze che la governano, sulle quali hanno influenza sia l'esperienza diretta, sia l'informazione, in una prospettiva assolutamente lineare. La critica più rilevante che viene mossa alla Teoria dell'azione ragionata contesta lo scarso rilievo da essa attribuito a quei comportamenti che, lungi dall'essere volontari e razionali, sfuggono spesso al controllo volitivo e che certamente rappresentano una parte non secondaria della condotta umana.

Nella Teoria del comportamento pianificato, che riprende ed estende la Teoria dell'azione ragionata, Ajzen (1991) classifica i comportamenti lungo un continuum, rispetto alla possibilità che un soggetto ha di controllarli, riconducendo l'insieme degli elementi che possono influenzare tale controllo a due macrocategorie: i fattori personali (informazioni ed emozioni) e i fattori situazionali (opportunità e dipendenza da altri). Tutto ciò si traduce, rispetto alla prima versione della teoria, nella considerazione di un fattore di incertezza che, da un lato, consente di riconcettualizzare l'intenzione soggettiva di mettere in atto il comportamento nei termini di 'piano d'azione' e, dall'altro, porta ad introdurre, tra le determinanti dell'intenzione, il fattore della percezione del controllo sull'azione ovvero la valutazione soggettiva sul grado di difficoltà che può presentarsi nel mettere in atto un dato comportamento. Tale percezione di controllo è funzione delle esperienze passate dell'individuo e delle aspettative sugli ostacoli che potrà incontrare.

Storicamente, dunque, la prima teoria ad essere elaborata fu la Reasoned Action Theory. In riferimento a tale cornice teorica sono presenti in letteratura tre studi relativi alla disabilità: *High school students' attitudes toward performing social behaviors with mentally retarded and physically disabled peers* di (Karnilowicz, Sparrow, & Shinkfield, 1994); *Attitudes and grading practices of secondary physical educators in regular education settings* di Duchane and French (1998); *Assessing Student Intention to Participate in Inclusive Physical Education* di Verderber, Rizzo, and Sherrill (2003).

Karnilowicz e Sparrow utilizzano come cornice teorica del loro studio sia la Teoria dell'azione ragionata, sia il costrutto del livello di intimità percepito, intesa come variabile in grado di influenzare l'intenzione di mettere in atto

un comportamento sociale (Triandis, Vassiliou, & Nassiakou, 1968). I comportamenti intimi sono definiti come quelli messi in atto volontariamente e senza alcuna forma di costrizione mentre quelli non intimi rispondono alle convenzioni sociali o all'etichetta.

Pertanto, gli Autori avanzano le seguenti ipotesi: i) per comportamenti a bassa intimità, intenzioni, atteggiamenti e credenze normative non sono significativamente differenti tra i diversi tipi di pari in esame (disabile fisico, disabile mentale, non disabile); ii) al crescere del livello di intimità ci si aspetta che intenzioni, atteggiamenti e credenze normative siano più favorevoli verso i non disabili che verso i disabili, sia fisici che mentali; iii) il genere influenza il grado di accettazione e di positività nei confronti dei disabili, ovvero le femmine hanno atteggiamenti di maggiore accoglienza nei confronti dei pari con disabilità. L'articolo descrive inizialmente le fasi di costruzione di un questionario per la rilevazione degli atteggiamenti in funzione del grado di intimità dei comportamenti, successivamente somministrato a 211 studenti di scuola superiore, equamente suddivisi per anno di corso e per genere.

In termini generali, le risposte dei soggetti sulla possibilità di mettere in atto comportamenti sociali con i propri pari sono sicuramente influenzate dal livello di intimità percepito; inoltre, le risposte che riguardano persone con disabilità fisica sono più favorevoli di quelle riferibili a persone con disabilità mentale. Tuttavia, l'ipotesi che l'intenzione di impegnarsi in un comportamento sociale con un pari disabile sia influenzata dal livello percepito di intimità non viene confermata: gli studenti sono più inclini ad intraprendere un comportamento di interazione con un pari con disabilità fisica rispetto a un pari non disabile o ad un pari con disabilità mentale. Nemmeno l'ipotesi sull'assenza di differenze tra i gruppi a livelli medio bassi di intimità viene confermata: a questi livelli, infatti, gli atteggiamenti sono più favorevoli verso i pari disabili fisici. Inoltre, i disabili fisici e i non disabili sono poco favoriti in eguale misura per quei comportamenti che esprimono alti livelli di intimità. Per ciò che riguarda il genere dei partecipanti, viene supportato un dato già riportato in parte della letteratura e cioè che le femmine hanno atteggiamenti più positivi e di maggiore accettazione verso i pari disabili. Nessun dato significativo emerge, invece, in relazione all'età e al grado di istruzione dei soggetti.

Lo studio di Duchane and French (1998) parte dall'ipotesi che insegnanti di educazione fisica che abbiano atteggiamenti positivi verso l'inclusione di studenti disabili nei loro corsi utilizzino sistemi di valutazione differenti rispetto ai colleghi che hanno atteggiamenti negativi. Inoltre, ipotizzano che

le insegnanti utilizzino pratiche di valutazione differenti rispetto ai colleghi maschi.

L'obiettivo dello studio è di esaminare l'effetto degli atteggiamenti e del genere degli insegnanti, e del tipo di studenti (disabili o non disabili) sulla valutazione, nell'ambito dell'insegnamento dell'educazione fisica. Lo studio non è direttamente centrato sugli atteggiamenti nei confronti delle persone disabili, quanto sulla valutazione di eventuali differenze di comportamento degli insegnanti in relazione alla disabilità o meno degli studenti, al genere di appartenenza e agli atteggiamenti degli insegnanti stessi. Gli atteggiamenti, dunque, rimangono sullo sfondo della ricerca e le loro caratteristiche non sono esaminate.

Gli Autori somministrano a 182 insegnanti di educazione fisica (82 maschi e 100 femmine) una batteria di test nella quale sono compresi: i) uno strumento per l'analisi e la valutazione dei criteri che gli insegnanti di educazione fisica utilizzano per assegnare un voto ai propri studenti, disabili e non; ii) un test per rilevare gli atteggiamenti degli insegnanti di educazione fisica verso l'insegnamento a persone disabili; iii) un questionario demografico. Sui dati ottenuti è stata effettuata un'ANOVA a 3 vie, con le pratiche di valutazione come variabile dipendente e il tipo di studenti, il genere e gli atteggiamenti degli insegnanti come variabili indipendenti.

I risultati sono in accordo con l'ipotesi nulla per ciò che riguarda il genere e gli atteggiamenti degli insegnanti, ma non relativamente al tipo di studenti: mentre il genere di appartenenza o agli atteggiamenti verso i disabili non influenzano significativamente le modalità e i criteri di valutazione, la disabilità dello studente è invece determinante nella scelta dei criteri che verranno utilizzati per valutarlo. Mentre la forma fisica, le abilità motorie e la comprensione cognitiva sono variabili altamente considerate nella valutazione degli studenti normodotati, la totalità degli insegnanti, indipendentemente dal genere e dagli atteggiamenti verso i disabili, giudicano questi ultimi basandosi maggiormente sulla partecipazione, sulla cura nel vestire e sull'impegno.

Lo studio di Verderber et al. (2003) ha come obiettivo la costruzione di un questionario, teoreticamente fondato sulla Teoria dell'azione ragionata, che rilevi gli atteggiamenti degli studenti medi verso l'inclusione di pari con disabilità grave nei corsi di educazione fisica. Per tale motivo, almeno per ciò che riguarda l'ampia parte metodologica sulla costruzione dello strumento e la successiva analisi delle sue proprietà psicometriche, il contenuto dell'articolo esula dagli scopi di questa trattazione, che non si occupa degli strumenti di rilevazione degli atteggiamenti. È comunque inte-

ressante notare che, nonostante sia stato redatto nel 2003, l'articolo fa riferimento alla Teoria dell'azione ragionata e non alla Teoria del comportamento pianificato, già elaborata da oltre 15 anni. Gli Autori motivano questa scelta col fatto che il controllo percepito, ovvero la variabile introdotta da Ajzen nella versione successiva della teoria, essendo fondata in parte sull'esperienza passata in relazione al comportamento in esame, non può essere applicata nell'ambito del loro studio in quanto l'educazione fisica non è inclusiva nel tipo di scuola da loro considerata.

I risultati della sperimentazione con il VISIPIPE (*Verderber Inventory of Student's Intention to Participate in Inclusive Physical Education*), il questionario la cui elaborazione è l'obiettivo dell'articolo, ottenuti somministrando lo strumento a 350 studenti (189 maschi e 161 femmine), indicano che in linea generale i partecipanti sono favorevoli ad inserire persone con disabilità grave nei corsi di educazione fisica. Inoltre, la misurazione delle norme soggettive, ovvero le credenze dei soggetti circa gli atteggiamenti di altri significativi verso il comportamento in questione, indica che nella percezione dei partecipanti gli altri significativi (genitori, insegnanti o altri studenti) ritengono doveroso interagire con persone con disabilità grave; agli amici, invece non vengono attribuite credenze analoghe. Le risposte dei soggetti, dunque, fanno intendere che essi, in genere, mettano in atto quanto i loro genitori o i loro insegnanti ritengono importante, più che conformarsi alle pressioni dei pari.

Lo studio di Verderber, Rizzo e Sherrill conferma il dato presente in letteratura sugli atteggiamenti più favorevoli delle femmine rispetto ai maschi nei confronti di pari disabili; inoltre, al crescere del livello di istruzione, gli atteggiamenti, l'influenza delle norme soggettive e le intenzioni tendono a diventare sempre meno positive in riferimento ai pari disabili.

La Teoria del comportamento pianificato è utilizzata come cornice teorica da quattro studi: *Attitudes toward teaching individuals with disabilities: Application of planned behavior theory* di Theodorakis, Bagiatis and Goudas (1995); *Attitudes and Behaviour of Children Toward Peers with Disabilities* di Roberts and Smith (1999); *Aquatic instructor's beliefs toward inclusion: The theory of planned behavior* di Conatser, Martin and Gansneder (2002); *An Inclusion Instrument Based on Planned Behaviour Theory for Prospective Physical Educators* di Kudláèek, Válková, Sherrill, Myers and French (2002).

L'obiettivo dello studio di Theodorakis, Bagiatis e Goudas è di esaminare gli atteggiamenti e le intenzioni di studenti universitari nei corsi di educazione fisica riguardo alla possibilità di insegnare a persone con disabilità.

Gli Autori selezionano 99 studenti universitari (42 maschi e 57 femmine) di educazione fisica, di età compresa tra i 18 e i 20 anni e misurano sei variabili: oltre alle intenzioni, all'atteggiamento verso l'insegnamento a disabili, alle norme soggettive e al controllo comportamentale percepito, ovvero i quattro costrutti indicati da Ajzen, vengono introdotti l'identità di ruolo (Burke, 1980; Callero, 1985; Charng, Piliavin, & Callero, 1988; Sparks & Shepherd, 1992) e la forza dell'atteggiamento (Raden, 1985, 1989).

L'ipotesi è che l'identità di ruolo sia un mediatore tra l'intenzione e le norme soggettive e che la forza dell'atteggiamento sia un mediatore tra l'intenzione e l'atteggiamento verso il comportamento. I risultati indicano correlazioni significative tra: i) intenzioni e atteggiamenti verso il comportamento; ii) intenzioni e controllo comportamentale percepito; iii) intenzione e identità di ruolo; iv) intenzione e forza dell'atteggiamento. Appare, pertanto, giustificato l'inserimento delle due nuove variabili all'interno della Teoria del comportamento pianificato; in particolare, sembra che la centralità dell'identità di ruolo nel concetto di sé diminuisca l'importanza degli atteggiamenti verso il comportamento e delle norme soggettive nel determinare le intenzioni comportamentali. Analogamente, la forza dell'atteggiamento risulta essere una variabile centrale nel rapporto tra l'atteggiamento e l'intenzione: i soggetti più sicuri del loro atteggiamento riguardo l'insegnamento ad individui disabili dimostrano anche intenzioni più solide di mettere in atto tale comportamento. Il controllo comportamentale percepito non pare, invece, avere un effetto diretto sulle intenzioni dei soggetti: ciò sta a significare, con ogni probabilità, che l'insegnamento a persone disabili è considerato un comportamento completamente controllabile.

Nella loro ricerca, Roberts e Smith (1999) selezionano, all'interno di scuole primarie nelle quali si pratica l'integrazione dei disabili, alcune classi ove vi sia almeno un bambino con disabilità esclusivamente fisica, prendendo in considerazione un campione di 97 maschi e 91 femmine tra gli 8 e i 12 anni. I soggetti completano alcuni questionari: il PATHS (*Peer Attitudes Toward Handicapped Scale*) composto di 30 affermazioni che descrivono i comportamenti più comuni osservati in bambini con disabilità di vario genere; il *Behavioural Intention Scale* che, ritraendo brevemente un ipotetico bambino con i sintomi della paralisi cerebrale, illustra dieci possibili comportamenti amicali nei suoi confronti, di intimità crescente, sui quali i soggetti sono chiamati ad esprimere le loro intenzioni di metterli in atto; ed infine la *Perceived Behavioural Control Scale*, costruita appositamente dagli Autori dell'articolo, data l'assenza di strumenti standardizzati per la

misurazione del controllo comportamentale percepito. La scala è identica alla *Behavioural Intention Scale* ma con la differenza che, in questo caso, i bambini sono chiamati a valutare il grado di difficoltà soggettiva percepita nel mettere in atto ciascuno dei comportamenti descritti. Inoltre, al fine di valutare la quantità di tempo che ciascun bambino dedica all'interazione con i compagni disabili e il piacere che ne trae (interazioni in classe e ricreative), viene utilizzato un test sociometrico: a ciascun bambino vengono rivolte quattro domande, due per ciascuna delle variabili da indagare (tempo di interazione e piacere dell'interazione), su ciascun altro bambino della classe.

La validità e l'affidabilità del test sociometrico vengono testate comparandone i risultati con quelli di un'osservazione diretta, effettuata da due studenti universitari addestrati e supervisionati, su un campione di sei bambini selezionati casualmente da una classe non coinvolta nell'esperimento principale. La successiva somministrazione del test sociometrico all'intera classe di provenienza dei sei bambini selezionati ha permesso di stabilire una correlazione tra i risultati dell'osservazione comportamentale con le autovalutazioni dei sei bambini nella misura del 100% per ciò che riguarda la quantità di tempo trascorsa con ciascuno dei compagni e dell'83% per ciò che riguarda la qualità dell'interazione di tipo ricreativo.

La somministrazione dei questionari è avvenuta in due sessioni di un'ora ciascuna a una settimana di distanza l'una dall'altra; in particolare, sono state somministrate, in occasioni differenti, la misura dell'intenzione comportamentale e la misura del controllo comportamentale percepito.

I risultati indicano che gli atteggiamenti verso pari disabili sono correlati in modo significativo con le intenzioni comportamentali nei loro confronti, ma non con il comportamento di interazione con i compagni di classe disabili. Il controllo comportamentale percepito è correlato significativamente sia con le intenzioni comportamentali che con il comportamento di interazione, ma la correlazione più forte è indubbiamente la prima ($r=,75$, $p<,001$, contro $r=,25$, $p<,01$). Infine, le intenzioni comportamentali sono significativamente correlate con il comportamento di interazione. Non è stata rilevata, in relazioni alle variabili considerate, alcuna differenza legata allo sviluppo dei soggetti.

Per provare l'efficacia della Teoria del comportamento pianificato, gli Autori effettuano due analisi di regressione gerarchica. La prima regressione, in cui viene esaminata la relazione tra atteggiamenti, controllo percepito, intenzioni comportamentali verso i pari disabili e comportamento di interazione con i compagni di classe disabili, attesta che è l'intenzione di inte-

ragire con o di essere amico di un pari con disabilità a predire il comportamento interazionale autovalutato con i compagni disabili e non l'atteggiamento generale verso i pari disabili o il controllo comportamentale percepito. La seconda regressione, condotta per esaminare l'impatto degli atteggiamenti verso i pari con disabilità e il loro controllo percepito sulle intenzioni comportamentali di essere amico di un pari disabile, rivela che gli atteggiamenti verso i pari disabili in generale e il controllo percepito predicono l'intenzione comportamentale di interagire amichevolmente con un pari disabile.

Il risultato dello studio è coerente con quanto sostenuto dalla Teoria del comportamento pianificato: sono gli atteggiamenti verso i pari con disabilità e la quantità di controllo comportamentale percepito a predire l'intenzione di interagire amichevolmente con un nuovo compagno disabile. Le intenzioni comportamentali da sole predicono il comportamento di interazione autoriportato solo in un grado modesto. In sostanza, i bambini non percepiscono il loro comportamento di interazione o amichevole verso un compagno disabile come totalmente controllato dalla volontà. Pertanto il controllo comportamentale percepito ha un ruolo motivazionale nel contesto considerato: i bambini che hanno atteggiamenti positivi verso i pari disabili possono non interagire con loro se ciò richiede uno sforzo eccessivo.

L'interpretazione che gli Autori propongono sui motivi per i quali un bambino giudica più o meno faticosa l'interazione con un pari disabile chiama in causa la mancanza di conoscenza, di informazione e di abilità, più che barriere strutturali come l'assenza di opportunità. Lo studio presenta, in ogni caso, diversi punti di debolezza: i) la predittività degli atteggiamenti riguardo alle intenzioni comportamentali è piuttosto debole, così come ii) la relazione tra intenzioni comportamentali e comportamento di interazione, per quanto statisticamente significativa, rende conto soltanto del 9% della varianza nel comportamento interazionale. Una quantità rilevante della varianza relativa al comportamento interazionale rimane inspiegata.

Gli Autori imputano tali debolezze ad alcuni fattori: i) la quantità di tempo trascorsa con un compagno è una variabile ampia e di livello molare, probabilmente incapace di cogliere gli aspetti più fini degli schemi di interazione connessi alle intenzioni comportamentali di ciascun bambino; ii) il numero dei bambini disabili inclusi nelle classi considerate era veramente esiguo; iii) le loro disabilità erano solo ed esclusivamente fisiche e, dunque, è possibile che competenze sociali sottostanti o tratti di personalità

non siano stati colti dalle misure utilizzate nello studio. Peraltro, il fatto che quasi sempre nelle scuole in cui si pratica l'inclusione il numero di bambini disabili per classe sia veramente esiguo rappresenta un problema per la ricerca di non facile soluzione. I bambini normodotati, secondo i risultati ottenuti da questo studio, trascorrono veramente poco tempo con i compagni disabili e addirittura il 47% dei bambini normodotati non ha alcun tipo di contatto con loro: ciò rappresenta indubbiamente un limite nella correlazione statistica tra intenzioni e comportamenti. Dunque, a dispetto degli atteggiamenti positivi proclamati dai compagni, i bambini con disabilità fisiche sono molto poco integrati socialmente all'interno del gruppo classe. Lo studio di Roberts e Smith, inoltre, non prende in considerazione il ruolo determinante nella Teoria del comportamento pianificato delle norme soggettive e nemmeno le differenze tra i bambini non disabili in termini di variabili di personalità, come lo status sociale o l'autostima.

Conatser, Block e Gansneder (2002) indagano gli atteggiamenti degli istruttori di sport acquatici verso l'insegnamento a individui con disabilità media e grave. 82 femmine e 29 maschi reclutati nell'ambito della *National Swim School Association Membership* completano l'AIBTI (*Aquatic Instructors' Beliefs Toward Inclusion*) un questionario elaborato in riferimento ai costrutti della Teoria del comportamento pianificato (atteggiamenti verso il comportamento, norme soggettive, intenzione, controllo comportamentale percepito e comportamento).

I risultati indicano che gli istruttori di sport acquatici hanno opinioni più favorevoli riguardo alla possibilità di inserire nelle loro classi individui con disabilità media rispetto a quelli con disabilità grave; inoltre, il controllo comportamentale percepito e gli atteggiamenti verso il comportamento sono predittivi delle intenzioni per entrambi i tipi di disabilità e l'intenzione di insegnare in classi inclusive predice il comportamento sia verso le disabilità medie che verso quelle gravi. Gli istruttori, infatti, ritengono che gli studenti con disabilità media debbano essere inseriti nelle classi, ma rifiutano l'inserimento dei disabili gravi. Significativamente, il controllo comportamentale percepito è più positivo nel caso dei disabili medi rispetto ai disabili gravi. In sostanza, gli insegnanti non ritengono di avere risorse adeguate per fronteggiare la presenza di disabilità gravi all'interno delle loro classi, giudicando la pratica dell'inclusione troppo difficile in tali casi.

Questo risultato è congruente con gli studi che individuano nella quantità di risorse che i soggetti ritengono di possedere un elemento centrale nella

percezione del controllo sul comportamento. I risultati dello studio mostrano che le intenzioni dei soggetti riguardo all'inclusione predicano significativamente il comportamento in relazione al diverso tipo di disabilità degli allievi; il controllo percepito è il primo predittore delle intenzioni, seguito dall'atteggiamento verso il comportamento. Le norme soggettive, invece, predicano significativamente solo l'intenzione nei confronti della disabilità grave, ma non quelle verso la disabilità media. Ciò può essere dovuto al fatto che nel solo caso delle disabilità gravi le intenzioni e le percezioni sociali dei partecipanti concordano sull'inopportunità dell'inclusione. Nel caso delle disabilità di livello medio è invece possibile che le norme sociali non esercitino una pressione significativa sulle intenzioni.

Il fatto che lo studio abbia individuato una forte correlazione tra le intenzioni e il controllo comportamentale percepito rende ragione del fatto che la Teoria del comportamento pianificato sia più adatta a spiegare e a predire il comportamento degli istruttori di sport acquatici verso l'inclusione rispetto alla Teoria dell'azione ragionata, nella quale tale costrutto non è considerato.

L'articolo di Kudláček, Válková, Sherrill, Myers e French è uno studio di costruzione e validazione psicometrica di uno strumento per la misurazione degli atteggiamenti degli insegnanti cechi riguardo all'insegnamento dell'educazione fisica a soggetti con disabilità fisiche. L'ATIPDPE (*Czech Attitude Toward Teaching Individuals with Physical Disabilities in Physical Education*) è composto da asserzioni relative alle intenzioni, alle norme soggettive, agli atteggiamenti comportamentali e al controllo percepito, secondo quanto prescritto dalla Teoria del comportamento pianificato (Ajzen, 1991, 2000, 2001). Le analisi di regressione gerarchica effettuate supportano la funzione predittiva delle tre componenti della Teoria del comportamento pianificato relativamente alle intenzioni di comportamento dei soggetti e nel complesso il questionario ottiene un buon risultato relativamente all'affidabilità e alla validità di costrutto. Tuttavia, il punto di debolezza maggiore dello strumento risiede nel fatto che solo il 23% della varianza nelle intenzioni è spiegata dalle tre componenti della teoria. Le dimensioni limitate del campione (200 studenti) potrebbero rendere conto di questo effetto.

In termini generali, le teorie dell'azione ragionata e del comportamento pianificato appartengono all'ambito della psicologia sociale, pur attribuendo entrambe agli elementi cognitivi un ruolo centrale e fondamentale nella formazione, nel mantenimento e nel cambiamento degli atteggiamenti.

menti. Tuttavia, vi sono alcuni aspetti che determinano significativamente la loro debolezza in relazione all'indagine specificamente cognitiva sugli atteggiamenti verso i disabili e la disabilità: in primo luogo, le due teorie indicano con 'atteggiamento' la disposizione soggettiva a mettere in atto o meno un determinato comportamento e, dunque, la rappresentazione mentale dell'oggetto dell'atteggiamento è sostanzialmente esclusa dall'indagine, rimanendo sullo sfondo delle ricerche che si ispirano a tali teorie.

Le teorie di Ajzen e Fishbein hanno come punto di forza la peculiare considerazione del contesto in cui si effettuano le osservazioni e gli esperimenti, tanto che gli stessi strumenti di rilevazione devono essere di volta in volta adattati alle specifiche caratteristiche dei soggetti considerati e della cultura entro la quale sono immersi. Negli studi considerati, in ogni caso, prevale l'aspetto applicativo e pragmatico e, in taluni casi, la quasi pedissequa osservanza del dettato della teoria, senza che venga avanzato alcun contributo originale, eventualmente utile all'avanzamento della teoria.

In ogni caso, sia la Teoria dell'azione ragionata che la Teoria del comportamento pianificato sono modelli di relazione tra atteggiamenti e comportamenti più che vere e proprie teorie sulla natura degli atteggiamenti. Pertanto, al di là del contributo certamente interessante fornito dall'individuazione delle variabili in gioco nel processo che lega la rappresentazione all'azione, appaiono di scarsa utilità nello studio della natura degli atteggiamenti verso la disabilità.

2.4. Cognizione sociale implicita

Pur non essendo ancora state elaborate teorie coerenti ed organiche sulla cognizione implicita, esistono tuttavia diverse definizioni dei processi che si suppone siano in essa implicati. In particolare, Greenwald e Banaji (1995) definiscono un processo o un contenuto implicito come la traccia di un'esperienza del passato che, pur non essendo stata identificata o adeguatamente identificata a livello introspettivo, influenza la risposta che il soggetto produce nel dispiegarsi dell'azione. Greenwald, McGhee e Schwartz (1998) hanno proposto, dunque, una definizione di cognizione sociale implicita in termini operativi, secondo la quale i processi di valutazione cognitivo sociali, tra cui gli atteggiamenti, dipenderebbero dall'intensità con cui due concetti sono associati tra loro a livello soggettivo.

vo. Fazio, Sanbonmatsu, Powell e Kardes (1986) sono stati tra i primi ad ottenere, nelle loro ricerche, dati compatibili con l'ipotesi di un'attivazione automatica degli atteggiamenti e degli stereotipi. Successivamente, Devine (1989) ha riscontrato la presenza di pregiudizi razziali in individui che esplicitamente dichiarano di abbracciare valori assolutamente antirazzisti. L'attivazione di tipo automatico di alcuni processi cognitivi, tra cui stereotipi e pregiudizi, ha portato allo sviluppo di un paradigma sperimentale, chiamato IAT (*Implicit Association Test*) che è una tecnica di rilevazione indiretta delle associazioni tra concetti e, dunque, degli atteggiamenti e degli stereotipi. È facilmente intuibile che la dimensione dell'associazione tra due concetti, misurata da un test diretto o da uno indiretto, è tanto più irriducibile ad una componente univoca, quanto più la dimensione in esame tende a produrre distorsione. È questo il caso, infatti, degli studi sulle rappresentazioni e sugli atteggiamenti riguardanti la disabilità, nei quali sono state utilizzate prevalentemente misure dirette. Tuttavia, diversi studi hanno chiaramente messo in evidenza l'influenza della desiderabilità sociale sulle risposte che le persone forniscono nei questionari su questo tema. Conseguentemente, a partire dalla seconda metà degli anni 2000, sono stati effettuati i primi studi sulle rappresentazioni della disabilità che utilizzano lo IAT come strumento di rilevazione delle associazioni implicite. In letteratura sono presenti quattro studi sugli atteggiamenti impliciti verso la disabilità: *The Development and Psychometric Validation of the Disability Attitude Implicit Association Test* di Pruett e Chan (2006); *Implicit Infantilizing Attitudes About Disability* di Robey, Beckley e Kirschner (2006); *Implicit Attitudes and Explicit Ratings of Romantic Attraction of College Students Toward Opposite-Sex Peers with Physical Disabilities* di Rojahn, Komelasky e Man (2008); *Making decisions and judgments on disability: the disability representation of parents, teachers, and special needs educators* di Federici e Meloni (2009).

Pruett e Chan si propongono di verificare: i) in che modo il DA-IAT misuri una dimensione implicita degli atteggiamenti verso le persone disabili; ii) l'esistenza di correlazioni tra i punteggi ottenuti al DA-IAT e quelli ottenuti su l'ATDP, uno strumento tradizionale di misura diretta degli atteggiamenti verso la disabilità; iii) le correlazioni e la capacità predittiva di un insieme di variabili demografiche sia in riferimento agli atteggiamenti impliciti che a quelli espliciti; iv) le correlazioni e la capacità predittiva di un insieme di variabili psicosociali sia in riferimento agli atteggiamenti impliciti che a quelli espliciti.

Lo sviluppo del *Disability Attitude Implicit Association Test* è il punto centrale dell'articolo; gli Autori elaborano una versione cartacea del test, meno diffusa della versione elettronica, somministrata attraverso computer. Oltre al DA-IAT, vengono somministrati diversi altri questionari: l'ATDP, per la misura degli atteggiamenti espliciti verso la disabilità; la *Marlowe-Crowne Social Desiderability* (MCSCDS), come misura della desiderabilità sociale; la *Collett-Lester Fear of Death Scale* (FODS); l'*Internal and External Motivation to Respond Without Prejudice Toward People With Disabilities Scale* (IMS/EMS); la *Contact with Disabled Persons Scale* (CDPS); una serie di misure demografiche.

I risultati ottenuti indicano un atteggiamento implicito moderatamente negativo dei soggetti (223; 187 femmine, 36 maschi; età media di 24 anni) verso la disabilità. Tra l'atteggiamento implicito e quello esplicito, misurato dall'ATDP, non vi è correlazione. Per quanto riguarda le variabili demografiche e quelle psicosociali sono state condotte due regressioni gerarchiche multiple per ciascun gruppo di variabili. Le variabili demografiche non hanno alcuna capacità predittiva sui punteggi al DA-IAT, mentre hanno un valore in tal senso per ciò che concerne gli atteggiamenti espliciti; le variabili psicosociali in parte predicono i punteggi all'ATDP (particolarmente i punteggi all'IMS/EMS), ovvero gli atteggiamenti espliciti, ed in parte i punteggi al DA-IAT (particolarmente i punteggi al CDPS) ovvero gli atteggiamenti impliciti. In ogni caso, l'effetto delle variabili psicosociali è di piccola entità.

I limiti principali dello studio consistono nell'aver considerato la disabilità e i disabili come una categoria omogenea e indifferenziata, senza tenere conto del fatto che diverse disabilità possono dar luogo a differenti atteggiamenti. Inoltre, nessuna attenzione è stata posta al contesto ambientale e l'uso dello IAT con simboli invece di parole potrebbe aver determinato un risultato meno ampio relativamente all'atteggiamento negativo verso la disabilità.

Lo studio di Robey, Beckley e Kirschner (2006) prende spunto da un articolo di Liesener e Mills (1999) nel quale si metteva in evidenza come un campione di studenti universitari nel rivolgersi ad un adulto, ritenuto disabile fisico, utilizzava un linguaggio e una prosodia simili a quelle impiegate con un bambino di 12 anni, differenziandosi decisamente rispetto alle modalità comunicative adottate con un adulto normodotato.

L'obiettivo dello studio è la valutazione delle proprietà psicometriche di uno IAT costruito per la misurazione degli atteggiamenti impliciti di infantilizzazione delle persone disabili da parte di impiegati in centri di cura e ri-

abilitazione ai quali afferiscono individui con diversi tipi di disabilità. La procedura consiste nella doppia somministrazione (la seconda a distanza di 3-5 giorni dalla prima) di: i) uno IAT di valutazione generica, costruito sulle dimensioni disabilità/non disabilità e sugli attributi buono/cattivo; ii) uno IAT sull'infantilizzazione dei disabili, costruito sulle dimensioni di disabilità/non disabilità e infanzia/maturità; iii) quattro scale di differenziale semantico relative ai concetti 'sedia a rotelle', 'handicap', 'persona con paralisi cerebrale', 'persona senza disabilità', ciascuno valutato su cinque scale a 7 punti.

I risultati indicano una chiara tendenza delle persone ad associare più facilmente le parole 'cattivo' e 'infantile' con la parola 'disabile' che non il contrario e attestano un'assenza di correlazione tra lo IAT di valutazione generica e quello sull'infantilizzazione, a dimostrazione del fatto che le dimensioni degli atteggiamenti impliciti verso la disabilità misurate dalle due versioni dello strumento sono differenti. In questo studio, peraltro, appaiono deboli correlazioni tra l'esplicito e l'implicito, a differenza della gran parte delle ricerche condotte con l'impiego dello IAT.

Lo studio di Rojahn, Komelasky e Man considera come punto di partenza i risultati di un precedente lavoro (Man, Rojahn, Chrosniak, & Sanford, 2006) nel quale i partecipanti (studenti universitari) valutavano l'attrazione romantica verso pari di sesso opposto in modo simile indipendentemente dalla presenza o assenza di disabilità. Lo studio di Man, condotto unicamente con misure esplicite, viene replicato dagli Autori con l'impiego dello IAT.

L'obiettivo è quello di verificare in quale misura le rilevazioni sugli atteggiamenti espliciti e su quelli impliciti correlano e indagare se i soggetti di sesso femminile siano più propensi, rispetto ai maschi, a concedere un appuntamento o ad avviare una relazione con individui disabili e, infine, se vi siano delle differenze anche tra i soggetti in relazione al loro avere o meno un familiare disabile. La ricerca coinvolge 41 partecipanti (8 maschi e 33 femmine, età media di 27,3 anni).

Oltre allo IAT di carattere valutativo generale, costruito sulle categorie 'disabile' e 'non disabile' e gli attributi 'buono' e 'cattivo', i partecipanti valutavano il grado di attrattività di alcuni pari ritratti in fotografie in bianco e nero, ciascuna accompagnata da una breve descrizione del soggetto raffigurato. Successivamente, completavano la RAS (*Romantic Attraction Scale*).

I risultati ottenuti, oltre a non evidenziare alcuna differenza di genere nei punteggi alla RAS, mostrano che, a livello esplicito, i partecipanti con un

familiare disabile valutano l'attrattività di un pari disabile come più alta rispetto ad un pari normodotato. Tuttavia, per tutti i partecipanti, i punteggi ottenuti allo IAT dimostrano una preferenza moderatamente forte per i normodotati e non per i disabili.

Lo studio di Federici e Meloni (2009) è l'unico, tra quelli considerati in questa rassegna, che faccia esplicito riferimento al concetto di 'rappresentazione mentale'. Gli Autori, al fine di indagare i contenuti delle rappresentazioni mentali sulla disabilità di genitori, insegnanti, educatori e operatori di bambini disabili, effettuano una rilevazione sia della dimensione esplicita (attraverso l'impiego dei focus group) sia di quella implicita (mediante IAT). I risultati ottenuti mostrano che se al livello cosciente le rappresentazioni della disabilità si manifestano in modo complesso ed articolato, senza che sia possibile inquadrare le risposte fornite dai soggetti in modo netto e definito all'interno di uno tra i diversi modelli di disabilità presenti in letteratura (medico, sociale e biopsicosociale), a livello implicito prevale indiscutibilmente una visione della condizione di disabilità fortemente stereotipata e connotata in senso negativo. Lo studio offre diversi spunti per indagini successive sul tema, pur apparendo limitato, nella generalizzabilità dei risultati, principalmente a causa del basso numero di soggetti impiegati nella sperimentazione con lo IAT.

Gli studi sulla cognizione sociale implicita sono molto recenti e, per quanto la tecnica dello IAT sia in particolar modo promettente, i paradigmi sperimentali utilizzati nelle ricerche citate, soffrono ancora dell'assenza di letteratura specifica precedente e appaiono caratterizzati da alcune debolezze e ingenuità metodologiche. Ciò che è interessante notare è senza dubbio che la dimensione implicita delle rappresentazioni o degli atteggiamenti verso la disabilità risulta essere una variabile qualitativamente diversa da quella misurata nei test espliciti, oltre ad essere costantemente di segno contrario rispetto ad essa.

Questo dato è certamente il più rilevante tra quelli che le ricerche condotte con metodi indiretti hanno permesso di prendere in considerazione. Perciò, nonostante la quantità di ricerche effettuate utilizzando tale metodologia sia ancora molto limitata e diversi aspetti del paradigma sperimentale vadano corretti e precisati, tuttavia, nessuna ricerca sul tema delle rappresentazioni della disabilità potrà, d'ora in avanti, prescindere dall'impiego di tecniche di rilevazione della dimensione implicita. Inoltre, gli studi fin qui effettuati sulla cognizione implicita della disabilità, pur mettendo in luce l'alterità della dimensione implicita rispetto a quella esplicita, non offrono spiegazioni di alcun genere sulla natura delle due di-

mensioni, in ciò replicando quanto già (non) fatto da altri approcci teorici. È pertanto plausibile che, all'interno di un quadro teorico 'forte', sia possibile avanzare spiegazioni più approfondite e dettagliate non solo della discrepanza tra implicito ed esplicito ma anche della natura propria delle rappresentazioni implicite.

2.5. Teorie sugli stereotipi

Nell'ambito della psicologia sociale, un'attenzione particolare è stata posta allo studio degli atteggiamenti nei confronti dei gruppi, a partire dalla discriminazione che l'individuo opera tra i gruppi a cui appartiene (*ingroups*) e quelli a cui non appartiene (*outgroups*). Sia gli stereotipi che i pregiudizi sarebbero esiti possibili delle attività di percezione, rappresentazione e valutazione di gruppi e categorie sociali. Secondo Gaertner e Dovidio (1986), gli stereotipi possono essere definiti come un insieme di associazioni tra un gruppo e un certo numero di caratteristiche descrittive. La differenza principale tra atteggiamenti e stereotipi, tuttavia, non è da riferirsi unicamente al fatto che oggetto degli stereotipi sono gruppi invece che persone, ma anche alla condivisione ampia, all'interno di un gruppo, dello stereotipo stesso. Alla base della formazione degli stereotipi vi sarebbe, semplicemente, il processo di categorizzazione (Tajfel & Turner, 1979). Tale processo, orientato alla semplificazione e all'ordinamento della complessità della realtà, condurrebbe alla sottovalutazione delle sfumature nelle differenze tra elementi al fine di delimitare con la maggiore precisione possibile una categoria rispetto a un'altra. Conseguentemente, sia le differenze tra categorie che le somiglianze all'interno di ogni categoria sarebbero sovrastimate.

Risulta però abbastanza evidente che il contesto svolge un ruolo di primo piano nella selezione dei criteri da utilizzare per la categorizzazione degli stimoli. Inoltre, la tendenza a sovrastimare la somiglianza intracategoriale è decisamente più forte quando il giudizio riguarda gli *outgroups* piuttosto che gli *ingroups*, pur essendo anche questo effetto fortemente mediato dal contesto sociale. È stato già citato l'esperimento di Devine (1989) che, chiedendosi se fosse possibile alle persone contrarie all'utilizzo dei pregiudizi - ovvero l'attribuzione dello stereotipo proprio dell'*outgroup* ad un membro sconosciuto di esso - essere immuni dalla loro influenza negativa, riscontrò che quando i meccanismi attentivi venivano manipolati al fine di

ridurre la soglia, gli stereotipi emergevano inevitabilmente. Bodenhausen e Lichtenstein (1987) hanno dimostrato che anche la memoria è coinvolta nel mantenimento delle schematizzazioni stereotipiche: vengono ricordati con maggiore facilità tutti gli elementi coerenti, ovvero fondanti dello stereotipo. Pertanto, gli stereotipi sarebbero strutture cognitive – schemi o modelli – che rappresentano la realtà in maniera semplificata e che contengono anche le aspettative relative alla condotta dei membri di un gruppo. In particolare, la tecnica del priming semantico ha consentito di ipotizzare l'esistenza di reti e nodi concettuali che si attivano in presenza dei membri di un gruppo, tali per cui l'evocazione di uno degli elementi della rete determina l'attivazione di tutti i nodi che sono ad esso più fortemente associati.

Nell'articolo *A Model of (Often Mixed) Stereotype Content: Competence and Warmth Respectively Follow From Perceived Status and Competition* (2002) Fiske, Cuddy, Glick e Xu ipotizzano che gli stereotipi siano descrivibili in termini bidimensionali (calore e competenza) e che la presenza di un valore positivo su una delle due dimensioni, lungi dal contraddire il pregiudizio, sarebbe, al contrario, funzionalmente consistente con la rilevazione di un giudizio negativo sull'altra dimensione. Inoltre, lo status e la competizione sarebbero due variabili che predicono le dimensioni degli stereotipi. In particolare, per i gruppi percepiti come subordinati e non competitivi (come, ad esempio, i disabili) lo stereotipo positivo del 'calore' agirebbe congiuntamente con quello negativo della bassa competenza al fine di mantenere il vantaggio dei gruppi privilegiati; al contrario, per i gruppi fortemente competitivi, lo stereotipo positivo della competenza agirebbe congiuntamente con quello negativo della 'freddezza' nel mantenere un sentimento sociale di risentimento. Inoltre, dal punto di vista emotivo, i gruppi umanamente 'calorosi' ma poco competenti, susciterebbero pietà; quelli competenti ma 'freddi' provocherebbero invidia; quelli né competenti né calorosi evocherebbero disprezzo; infine, quelli sia competenti che caldi susciterebbero ammirazione.

Lo studio di Fiske et al. (2002) pone dunque come ipotesi che: i) la competenza e il calore percepito differenzino gli stereotipi sugli *outgroup*; ii) molti stereotipi siano determinati da una compresenza di competenza e calore, e definiti da un basso punteggio lungo una dimensione e un alto punteggio sull'altra dimensione; iii) gli stereotipi descrivano un *outgroup* come competente nella misura in cui è percepito come potente e di alto livello sociale e come piacevole e 'caldo' nella misura in cui è avvertito come non competitivo.

Sulla base di un gran numero di sperimentazioni, gli Autori cercano di verificare l'utilità del 'calore' e della competenza come dimensioni adatte alla descrizione degli *outgroups*, esaminandone la matrice bidimensionale attraverso una *cluster analysis*. Quindi, al fine di analizzare la frequenza di combinazioni miste, viene esaminata la distribuzione dei gruppi individuati all'interno dei vari *cluster* e vengono considerate le differenze di valutazione, riguardo alla competenza e al 'calore' per ciascun gruppo. Infine, vengono analizzate le correlazioni tra lo status e la competenza e tra la competizione e il 'calore'.

I risultati ottenuti confermano le ipotesi avanzate dagli Autori e, in particolare, il gruppo dei disabili risulta essere contenuto nel *cluster* i cui gruppi sono percepiti come ad alto 'calore' ma a bassa competenza e che suscitano sentimenti di pietà, ovvero una combinazione di simpatia e superiorità. La ricerca di Fiske, pur non essendo centrata specificamente sugli atteggiamenti verso la disabilità, offre tuttavia un contributo interessante sul tema, nella misura in cui isola con precisione le determinanti del pregiudizio verso le persone disabili e mette in luce un aspetto di ambivalenza sia nel processo di categorizzazione cognitiva dell'*outgroup* sia nel vissuto emotivo che l'incontro con una persona disabile può suscitare. In altri termini, si può affermare che gli atteggiamenti negativi verso i disabili, riscontrati nella gran parte della letteratura sul tema, appaiono, nello studio di Fiske, non come espressioni monolitiche date sostanzialmente per scontate, probabilmente sulla base di un pregiudizio condiviso per cui l'abilità è preferibile alla disabilità, quanto come strutture cognitive articolate e flessibili in ragione dei contesti a cui l'individuo appartiene e spiegabili sulla base di dinamiche sociali e culturali osservabili e misurabili.

2.6. Teorie pre-sociali

Con la definizione di teorie 'pre-sociali' si sono volute classificare quelle teorie che, pur riconoscendo alle dimensioni culturale e sociale un ruolo determinante nella formazione degli atteggiamenti, tuttavia, concentrano la loro attenzione sugli aspetti 'genetici' delle strutture e dei vincoli cognitivi, ovvero sulla possibilità che alcune preferenze, in quanto inscritte nel patrimonio genetico, precedano l'esperienza con l'ambiente. Conseguentemente, le preferenze che ottimizzano l'adattamento all'ambiente e aumentano le probabilità di sopravvivenza e di successo riproduttivo raffor-

zerebbero i geni che ne controllano l'espressione. In tal senso è possibile ricondurre, all'interno di tali prospettive teoriche, la formazione e persino il mantenimento degli atteggiamenti a elementi di carattere pre-sociale. Ciò, come già sottolineato, non riduce il ruolo della cultura e del contesto sociale ma, piuttosto, mette in luce il carattere universale, laddove sia possibile rintracciarlo o ipotizzarlo, di alcuni tipi di rappresentazioni mentali e di atteggiamenti.

2.6.1. *Psicologia Evoluzionistica*

La psicologia evoluzionistica assume come punto di partenza che la struttura della mente umana sia il risultato di pressioni selettive, determinate da problemi di adattamento ambientale. Tali pressioni, continuamente presenti, favoriscono la sopravvivenza di quegli individui che, meglio di altri, sono in grado di fronteggiarle attraverso la messa in atto di risposte efficaci e l'evoluzione di meccanismi psicologici adeguati (Cosmides & Tooby, 1987, 1992). L'intera architettura cognitiva sarebbe costituita da tali meccanismi che, in misura preponderante, hanno carattere universale: tutti quanti, infatti, hanno origine dal patrimonio genetico, pur essendo flessibili al punto da potersi adattare a condizioni socio ambientali differenti. In una prospettiva di psicologia evoluzionistica, i meccanismi psicologici sono, però, di numero finito, pur essendo virtualmente infinita la gamma dei comportamenti che gli esseri umani sono in grado di attuare. Ciò mette in luce il carattere flessibile e non rigido dell'architettura cognitiva, pur se la flessibilità individuale non possa considerarsi assoluta, bensì relativa ai vincoli posti dalle strutture ereditarie stesse. Pertanto, a livello individuale, la configurazione di un individuo sarà funzione sia dell'ambiente di sviluppo, sia del grado di variabilità consentita dal suo patrimonio genetico.

Lo studio di Park, Faulkner e Schaller, *Evolved Disease-Avoidance Processes and Contemporary Anti-Social Behavior: Prejudicial Attitudes and Avoidance of People with Physical Disabilities* (2003), descrive un modello che mette in relazione i pregiudizi diffusi verso i disabili fisici, con un meccanismo evoluto di evitamento della malattia. Gli Autori, partendo dall'osservazione che molto spesso le malattie contagiose sono accompagnate da una modificazione anomala dei tratti fisici, ipotizzano un'evoluzione di alcuni meccanismi psicologici umani che rispondono euri-

sticamente alla percezione di tali caratteristiche attivando specifiche emozioni (disgusto e ansia), cognizioni (atteggiamenti negativi) e comportamenti (evitamento). Peraltro, il meccanismo psicologico di evitamento della malattia sarebbe superinclusivo: anche caratteristiche fisiche anomale non riconducibili evidentemente a una malattia ne provocherebbero l'attivazione, contribuendo in tal modo agli atteggiamenti pregiudiziali e ai comportamenti di evitamento nei confronti delle persone disabili.

Il paradigma sperimentale utilizzato nello studio ha previsto due esperimenti. Nel primo, viene verificata l'ipotesi secondo la quale la fobia verso le malattie - ovvero individui particolarmente timorosi di un possibile contagio - predica il grado di distanza sociale sia verso individui effettivamente affetti da malattie contagiose sia verso persone disabili evidentemente non contagiose. A tal fine, ai partecipanti (101 studenti universitari) viene somministrato il *Perceived Vulnerability to Disease* (PVD) e un altro questionario che indaga sulla presenza di familiari o amici con disabilità. Dai risultati emerge con chiarezza che le persone più fobiche verso la malattia sono anche quelle che hanno il minor numero di contatti con individui disabili.

Nel secondo esperimento, gli Autori utilizzano due *Implicit Association Test* (IAT) costruiti entrambi con le categorie 'disabile' e 'normodotato' e, per il primo, gli attributi 'salute' e 'malattia', mentre, per il secondo, gli attributi 'piacevole' e 'spiacevole'. Infine, i soggetti completano il PVD e il questionario *Sensitivity to Disgust* (DS). Va segnalato che il setting sperimentale viene manipolato, per una parte dei soggetti, in modo tale da innalzare temporaneamente il timore per le malattie. L'ipotesi da verificare in questo secondo esperimento è se la forza delle associazioni implicite sia predetta dalla preoccupazione, cronica o temporanea, verso le malattie. I partecipanti a questo secondo esperimento sono tutti studenti statunitensi, in parte di origine europea e in parte di origine asiatica: tale precisazione sulla provenienza etnica e culturale è determinante per una lettura corretta dei risultati. L'innalzamento del timore della malattia, infatti, conduce a un incremento delle risposte pregiudiziali verso le persone disabili; tuttavia, mentre per i soggetti di origine europea sono le variabili cognitive a predire le associazioni pregiudiziali, per i partecipanti di origine asiatica svolgono un ruolo di primo piano le variabili emotive.

Una spiegazione per questi risultati può risiedere nelle differenze esistenti tra le due culture di origine in relazione all'eziologia delle malattie: mentre nella cultura europea la scienza medica ha contribuito enormemente al diffondersi di convinzioni legate all'importanza dei germi e alla minaccia

costituita dalla trasmissione interpersonale delle patologie, nella cultura asiatica, in particolare in quella cinese, la medicina tradizionale predilige le spiegazioni che attribuiscono a fattori interni la causa del disagio. Pertanto, le differenze cross-culturali possono spiegare l'effetto di ampliamento o di riduzione nella portata delle convinzioni pregiudiziali.

Lo studio di Park et al. Rappresenta un contributo di valore nello studio delle rappresentazioni mentali della disabilità. La psicologia evoluzionistica, legando assieme variabili di personalità, elementi contestuali e culturali ed ipotesi sui meccanismi biologici sottostanti, e dunque di carattere universale, che vincolano le possibilità umane di rappresentazione della disabilità, offre non solo una cornice teorica 'forte' per lo studio delle rappresentazioni mentali della disabilità ma anche l'opportunità di formulare nuove ipotesi sui meccanismi mentali che determinano tali rappresentazioni e che sono, fin ad oggi, scarsamente indagati e documentati.

Dall'analisi della letteratura sopra riportata emerge, con chiarezza, che quasi nessuno studio si fonda su – o supporta - una 'modellizzazione' delle rappresentazioni della disabilità. In altre parole, la disabilità e le prospettive da cui la si guarda o le posizioni entro le quali la si sperimenta, sono date e, dunque, indiscutibili. Fatta eccezione per gli studi riconducibili all'ambito della psicologia evoluzionistica, nessun'altra ricerca si pone l'obiettivo di indagare in che modo vengano costruite le rappresentazioni della disabilità e, se esse esistono, a quali scopi siano orientate e da quali motivi emergano ovvero a che funzioni rispondano. Quasi tutta la letteratura tratta della disabilità come un fatto fisico, culturale e sociale del quale sembra essere insensato indagare le ragioni, 'come se' fosse auto evidente nelle sue determinanti. Eppure, in ambiti differenti dalla psicologia, esistono prospettive molto differenti sulla disabilità, alcune addirittura reciprocamente inconciliabili che si ritiene, a questo punto, opportuno illustrare, per poi assumerle come oggetto di indagine principale di questa tesi proprio da un punto di vista di psicologia cognitiva.

3. Fenomenologia dei modelli di disabilità: tra natura e cultura

Un ambito di grande rilevanza nella letteratura sulla disabilità, che può avere notevoli punti di contatto con il tema delle rappresentazioni mentali, è quello dei cosiddetti modelli di disabilità: il modello medico (Gilson &

DePoy, 2002; Oliver & Sapey, 1999) il modello sociale (Finkelstein, 1980; Oliver, 1995a, 1995b, 1990; Pfeiffer, 2001; Quinn, 1998; Shakespeare, Gillespie-Sells, & Davies, 1996) e il modello biopsicosociale (Zola, 1989, 1993a, 1994). I modelli di disabilità sono cornici concettuali esplicative non solo dei modi in cui le persone disabili conducono la loro esistenza, ma anche della considerazione che gli altri, i normodotati, hanno di loro. Ciascuno di tali modelli può essere considerato come un sistema teorico circa la natura della disabilità, la sua fenomenologia e le sue cause, connesso a una serie di implicazioni che riguardano principalmente il rapporto della persona disabile con il contesto socio culturale di riferimento e le sue relazioni con gli altri individui. La letteratura sui modelli di disabilità ha generalmente privilegiato la dimensione sociologica e politica del fenomeno, anche a causa del fatto che è proprio nell'ambito delle scienze sociali che tali modelli sono stati originariamente individuati e concettualizzati. La psicologia non ha finora mostrato, se non marginalmente, particolare interesse alle prospettive sulla disabilità e al valore dei modelli di disabilità sia come rappresentazioni della realtà sia come possibili organizzatori cognitivi in grado di mediare il rapporto dell'individuo, disabile o no, con la realtà sociale in cui è immerso.

Eppure, se è vero ciò che afferma Zola (1993a) circa il fatto che la disabilità non sia un attributo umano che distingue una parte di umanità dall'altra, bensì una caratteristica estremamente – infinitamente – variabile ma universale della condizione umana, appare in qualche misura anacronistico un approccio alle rappresentazioni della disabilità che sia centrato quasi unicamente sul tema degli atteggiamenti e, in particolar modo, sull'aspetto comportamentale, ovvero sociale, senza tenere nella dovuta considerazione non solo gli aspetti più propriamente cognitivi, ma anche quanto di pre-sociale può esservi nel modo in cui le persone immaginano e si rappresentano una condizione di disabilità.

3.1 Il modello medico/individuale della disabilità

Le origini socio culturali del modello medico di disabilità vengono fatte risalire alla fine del XVIII secolo e, in particolare, all'affermarsi del positivismo e del metodo scientifico sul pensiero magico e superstizioso. Il modello medico è un prodotto del sapere analitico di impronta scientifica e della concomitante tendenza a settorializzare la conoscenza e, con ciò, i feno-

meni e gli oggetti di osservazione. All'interno di questa prospettiva, caratterizzata da un determinismo biologico strettamente lineare, la disabilità deriva da un impedimento biologico, di tipo permanente, originario o acquisito, che costituisce la persona disabile come meno abile rispetto a chiunque altra. La disabilità è perciò un problema personale – da cui la definizione alternativa di 'individuale' per indicare il modello medico di disabilità – che è fenomenologicamente osservabile e misurabile, in quanto deviazione apprezzabile rispetto ai parametri biologici e medici considerati 'normali' delle strutture e/o delle funzioni corporee. Oltre a ciò è possibile ricostruirne con precisione l'origine, l'eziologia: una malattia, una menomazione o una alterazione dello stato di salute.

Nel presente lavoro, peraltro, il modello medico è considerato, in realtà, una sottocategoria del modello individuale, insieme ad altri tre sottomodelli: etico, estetico e religioso (v. cap. 2 per una trattazione più ampia).

È nel momento in cui gli eventi significativi del ciclo vitale – nascita, morte, salute, sessualità – vengono medicalizzati che la stessa intera esistenza inizia ad essere scandita attraverso i tre strumenti cardine della categorizzazione medica: diagnosi, prognosi e terapia (Illich, 1975). Da tale ristrutturazione del ciclo di vita non rimangono fuori le diverse condizioni di disabilità sulle quali la medicina estende progressivamente il suo controllo. Le istituzioni ecclesiastiche per secoli monopoliste indiscusse nell'organizzazione degli spazi e dei tempi della vita delle persone disabili iniziano, dunque, a cedere parte del loro potere alla medicina nella gestione culturale, sociale ed economica del fenomeno; la discriminazione permanente ma muta il parametro e il fondamento: se, da un lato, nell'approccio religioso alla disabilità, la menomazione è vista come conseguenza e segno di colpa morale e, dunque, sia come monito per i 'sani' a non peccare sia come manifestazione terrena e tangibile della sofferenza necessaria alla redenzione, dall'altro, nel paradigma medico della cura, prodotto dell'industrializzazione e della moderna divisione del lavoro, il criterio discriminante è l'abilità al lavoro e l'investimento di tempo e di risorse economiche per la riabilitazione sono strettamente legate alle capacità di recupero di una abilità quanto più possibile vicina allo standard di 'normalità'. Differentemente da quanto ci si potrebbe aspettare, il modello religioso della disabilità e quello medico sono, in realtà, fortemente connessi: per entrambi, infatti, l'integrità fisica è un valore (Bickenbach, 1993) mentre, al contrario, la deformità o la menomazione descrivono una condizione né desiderabile né socialmente e culturalmente tollerabile se non accompagnata da una chiara volontà di riabilitazione da parte del 'deviante'.

Nessuno dei due suddetti modelli, infatti, avrebbe ragione d'essere se non ponesse come elemento centrale del proprio nucleo teoretico l'individuazione e la legittimazione di percorsi volti a ristabilire una perduta o mai posseduta 'normalità'; l'orizzonte epistemologico di entrambi si costituisce e si esaurisce nella rappresentazione della 'santità/sanità' e, conseguentemente, della deviazione da essa. Secondo alcuni modelli teologici la Croce, quale simbolo supremo del volto umano sfigurato (*ecce homo*), può essere scelta, venerata e, persino, considerata come conseguenza di una *felix culpa* che meritò un così grande esempio di umiltà ed umiliazione (*kenosi*). Tuttavia, per quanto felice, resta pur sempre la conseguenza di una colpa che merita redenzione. Una teologia della croce che non richiamasse una teologia della redenzione non sarebbe propriamente cristiana. Quindi, anche quando la via della croce è una scelta di amore è pur sempre vista in conseguenza di un colpa originaria da redimere. A questo si aggiunge, rispetto al modello medico, che in quanto la redenzione è opera divina e non umana, la croce deve essere accettata quale via della redenzione, seppure il processo redentivo rimanga demandato ad una azione divina e non umana.

Il passaggio dal dominio metafisico del modello religioso a quello del razionalismo scientifico del modello medico non segna, in realtà, alcun mutamento rispetto alla discriminazione riservata alle persone disabili e non elimina la valutazione di ordine morale sottesa a tale discriminazione. . Oltre a ciò, non muta l'attribuzione causale sia della condizione di disabilità sia della sua soluzione: per il modello medico, come per quello religioso, è il singolo individuo ad avere la responsabilità del problema e della sua soluzione (Kiesler, 2000) e come i religiosi impartivano spesso un'educazione morale e religiosa ai disabili allo scopo di riabilitarli (Byrom, 2004) così i medici, il cui mandato è quello di eliminare la disabilità e di ridurre il numero di persone che la sperimentano (Singer, 2001) non contemplano altra possibilità se non quella della riabilitazione, dovendo obbedire ad un paradigma che prevede due soli possibili *outcome*: la totale guarigione o la morte (Smart & Smart, 2006).

Assunto centrale del modello medico, dunque, è che la disabilità presupponga una patologia e che pertanto sia - o sia riconducibile a - un fatto oggettivo, misurabile e quantificabile. Automaticamente, la presenza di una o più 'deficienze' strutturali o funzionali determinano l'identificazione della parte con il tutto - la presenza di un 'difetto' rende la persona 'difettosa' - e, conseguentemente, la considerazione dell'individuo con disabilità solo in quanto appartenente ad una categoria, coincidente con la deficien-

za (Nagi, 1970) e secondo le attribuzioni stereotipiche di quella categoria (Schur, 1971).

In ambito sociologico, una teorizzazione dello stato di malattia coerente con gli assunti del modello medico della disabilità è rintracciabile nell'opera di Talcott Parsons: "[...] la malattia è uno stato di disturbo nel "normale" funzionamento dell'individuo nel suo complesso, e che include sia lo stato dell'organismo come sistema biologico sia i suoi adattamenti personali e sociali. È quindi definita in parte biologicamente e in parte socialmente. La partecipazione al sistema sociale è sempre potenzialmente rilevante per lo stato della malattia, per la sua eziologia e per le condizioni di una terapia efficace, così come per altre cose." (Parsons, 1951, p. 431).

Parsons, uno dei maggiori teorici dell'azione sociale da una prospettiva strutturale funzionalista, nella sua affermazione presuppone una distinzione tripartita dei disturbi della salute, poi elaborata da Andrew Twaddle (1968, 1994), secondo la quale il concetto di malattia è articolato in: a) *disease*, "un problema di salute che consiste in un malfunzionamento fisiologico che risulta in una riduzione attuale o potenziale nelle capacità fisiche e/o in una ridotta aspettativa di vita" (Twaddle, 1994, p. 8), un fenomeno organico indipendente dall'esperienza soggettiva e dalle convenzioni sociali e misurabile oggettivamente (Hofmann, 2002); b) *illness*, "uno stato di salute indesiderato, interpretato soggettivamente. Esso consiste in stati di feeling soggettivo, percezioni di adeguatezza del funzionamento del corpo e sensazioni di competenza" (Twaddle, 1994, p. 10) e al quale sono riferiti i cosiddetti sintomi; è accessibile direttamente solo dalla persona che lo sperimenta e, indirettamente, tramite i suoi resoconti (Hofmann, 2002); c) *sickness*, "un evento localizzato nella società [...] definito dalla partecipazione al sistema sociale [...]. La *sickness* è un'identità sociale. È la carenza di salute o i problemi di salute di un individuo, definiti dagli altri con riferimento all'attività sociale di quell'individuo" (Twaddle, 1994, p. 11). La *sickness* si misura attraverso la valutazione dei livelli di performance attesi nelle attività sociali quando tali livelli non raggiungono gli standard socialmente prestabiliti. I tre aspetti della malattia sono rappresentabili come tre sfere che, nella condizione paradigmatica in cui al *disease* segue l'*illness* e, infine, la *sickness*, sono sovrapponibili.

L'approccio funzionalista, specialmente nella versione di Parsons, non mostra particolare interesse per gli aspetti soggettivi della salute e della malattia mentre riserva un'attenzione predominante alla dimensione della *sickness*, che consiste in un vero e proprio ruolo sociale che comporta dei diritti e il cui mantenimento è subordinato all'osservanza di alcuni obbli-

ghi. In primo luogo, la persona malata è esente dalle responsabilità sociali connesse ai ruoli che normalmente ricopre e non è ritenuta responsabile della sua condizione; al tempo stesso, il malato deve desiderare di uscire dalla condizione di sofferenza, ricercando attivamente l'aiuto dei professionisti medici e cooperando con loro. La condizione di malato è dunque legittima – non costituisce, cioè, una devianza 'volontaria' - nella misura in cui si conforma a una serie di aspettative che ne definiscono il ruolo. Lo stato di malattia è tollerato se è possibile verificarne la non volontarietà, attraverso la manifestazione di una reale intenzione di fuoriuscire dalla condizione patologica. Al contrario, la volontà di permanere nello stato di devianza, espressa attraverso la resistenza ad abbandonare la situazione di dipendenza e a ritornare ad assumere pienamente i propri ruoli sociali, si costituisce come comportamento deviante volontario che desta l'allarme del sistema sociale nel suo complesso.

Il modello individuale della disabilità è senza dubbio quello più noto e diffuso e, probabilmente, anche quello dotato di più forte potere esplicativo e di maggiore disponibilità o accessibilità cognitiva. Tale indubbia popolarità è riconducibile a diversi fattori:

a) linearità: il modello individuale, sia nella declinazione religiosa che in quella medica, descrive un processo lineare di disabilitazione, che dalla menomazione (*impairment*) conduce alla malattia, intesa sia nei suoi aspetti organici, oggettivi e misurabili, sia in quelli soggettivamente esperiti (*disease/illness*) per poi approdare alla disabilità (*disability/handicap*). I passaggi attraverso le varie fasi del processo sono semplici, necessari e diretti e ogni altra variabile, a cominciare da quelle ambientali, è ignorata nell'articolazione del percorso. La linearità narrativa è un elemento essenziale della moderna cultura occidentale (Fisher & Goodley, 2007), che pone l'accento sull'esistenza di una sola spiegazione corretta di un determinato accadimento e consegna alla scienza, nel caso specifico a quella medica, il compito di individuare una soluzione e di fornire risposte adeguate sugli sviluppi futuri (Ezzy, 2000).

b) individualità/individualismo: il modello individuale, coerentemente con la maggior parte delle spiegazioni di tipo lineare, enfatizza la responsabilità individuale, la sostanziale solitudine del soggetto e l'agentività: le persone sono in grado di controllare la loro esistenza e possono superare le circostanze avverse, rappresentate dall'ambiente nelle sue diverse dimensioni, attraverso la loro azione. La disabilità, nel modello individuale, è una tragedia personale (Gilson & DePoy, 2000; Scambler, 2009; Shakespeare & Watson, 1997; Swain, Finkelstein, French, & Oliver, 1993; Swain & French,

2000) a cui l'individuo, e solo lui, può far fronte: "La disabilità è intesa come una sfortuna, ma è la sfortuna di uno" (Smart & Smart, 2006, p. 31).

c) centralità del corpo: la medicina, nel corso degli ultimi due secoli, ha enormemente ampliato le sue capacità di spiegare le strutture e il funzionamento del corpo e di affrontarne le anomalie. Il modello individuale, centrando la sua attenzione sulle menomazioni, sui difetti e sui deficit del corpo, consente alla scienza medica di esercitare pienamente il suo potere e, al tempo stesso, riduce a elementi semplici qualsiasi condizione complessa. L'ontologia di riferimento del modello medico, in relazione alla concezione della natura umana, è il materialismo monistico: "Qualsiasi cosa esista può essere esaustivamente descritta e spiegata in termini materiali o di principi fisico-chimici" (Barbosa Da Silva & Solli, 2012, p. 279). Pertanto, qualsiasi sintomo che non sia riscontrabile attraverso rilevazioni di tipo oggettivo non può che essere illusorio o irreali. Questo spiega anche perché il modello individuale della disabilità possieda un robusto potere esplicativo specialmente sulla disabilità fisica, mentre sia meno efficace nella considerazione della disabilità mentale o psichiatrica, che si caratterizza per episodicità e forte sensibilità alle condizioni ambientali (Smart & Smart, 2006). Il fatto che, specialmente nella cultura occidentale, la società e la scienza siano approdate a questi sviluppi non è presumibilmente un caso. Secondo gli studi condotti in ambito evoluzionistico (Phelan, Link, & Dovidio, 2008), l'evitamento delle malattie – e dei malati – è fondato, almeno a livello di reazione immediata, su fattori che hanno a che fare con l'estetica (Jones, 1984). Gli esseri umani, infatti, avrebbero una preferenza per la simmetria corporea e facciale in particolare (Grammer & Thornhill, 1994), che si sviluppa precocemente e nelle diverse culture (Johnson, Dziurawiec, Ellis, & Morton, 1991) mentre le anomalie fisiche eliciterebbero automaticamente risposte affettive di tipo primitivo non mediate da etichette o attribuzioni causali (Jones, 1984) e che hanno probabilmente a che fare con il disgusto (Kurzban & Leary, 2001; Megan Oaten, Richard J. Stevenson, & Trevor I. Case, 2009). In termini evoluzionistici, esisterebbe, a livello di specie, una pressione a evitare i conspecifici che siano infetti da parassiti. Sarebbe proprio l'asimmetria corporea - insieme a lesioni, segni, decolorazioni, tosse, escrezione di fluidi corporei e anomalie comportamentali attribuibili a danni nel sistema di controllo muscolare - uno degli indizi determinanti di deviazioni dal normale fenotipo dell'organismo. Il vantaggio che sarebbe derivato dall'evitamento della malattia può aver portato, nel corso delle generazioni, all'evoluzione di un sistema che considera le deviazioni dal fenotipo della specie locale come sgradevoli e che

induce gli individui ad evitare il contatto stretto od intimo con conspecifici potenzialmente infetti (Kurzban & Leary, 2001).

In linea con questa ipotesi, il modello individuale, specialmente nella sua accezione medica, non solo legittima il pregiudizio e la discriminazione ma sarebbe comunemente accettato e condiviso proprio perché congruente con meccanismi psicologici di tipo universale. Ad esempio, è facilmente verificabile quanto l'assenza di persone disabili dai luoghi principali della socializzazione (scuola, lavoro, divertimento, ecc.) non sia sostanzialmente notata (Smart & Smart, 2006). Inoltre, questa prospettiva è saldamente connessa e congruente con la visione religiosa della disabilità (Rose, 1997): la Bibbia riporta continuamente l'associazione, da un lato tra l'abnormità e il demonio e, dall'altro, tra l'abilità fisica e la virtù (Henderson & Bryan, 1984). Weinberg e Sebian (1980) riportano diversi riferimenti biblici che testimoniano l'abbondanza di tale associazione.

d) guarigione/redenzione: il modello individuale, sia nella versione religiosa sia in quella medica, conferisce a un'autorità – il sacerdote o il medico – il potere di gestire la condizione di disabilità e di stabilire le modalità o di un ritorno alla normalità o della convivenza con la condizione di menomazione nei casi in cui la guarigione non sia possibile. In ogni caso, in entrambe le accezioni del modello, a essere centrale non è tanto l'eziologia o il processo di disabilitazione, quanto la relazione tra chi cura e chi si prende cura. Secondo Kihlstrom (2002) il medico possiede un'autorità sapienziale, morale e carismatica. Egli, infatti, indaga sul problema mediante procedure che possono essere spiacevoli ed intrusive, formula una diagnosi informandone la persona e sollevandola dalla responsabilità per la propria malattia e, infine, predispone quanto necessario affinché sia ristabilito lo stato di salute e la persona possa ritornare a rivestire i propri ruoli sociali. Tuttavia, a ben guardare, le caratteristiche dell'autorità medica e i suoi compiti non si discostano affatto da quelle dei ministri del culto religioso, se non in relazione alle sfere della conoscenza entro le quali si manifestano e si producono. Oltre a ciò, un elemento di forte continuità nel passaggio dall'approccio religioso o sovranaturale a quello medico è quello del rituale e del suo significato in relazione all'ottenimento della guarigione: "Sebbene la medicina occidentale sia impegnata a praticare la guarigione nel contesto di un paradigma biomedico-riduzionista, le interazioni medico-paziente che fanno parte dei nostri processi di guarigione includono molti degli stessi motivi comuni dei rituali individuati altrove dagli studiosi della religione e dei rituali" (Welch, 2003, p. 22). Questi rilevanti elementi di continuità tra la prospettiva religiosa e quella medica rappresentano

senz'altro uno dei motivi per i quali il modello individuale continua ancor oggi ad avere una maggiore popolarità ed una forza esplicativa preponderante rispetto a tutti gli altri modelli della disabilità.

3.2 Il modello sociale della disabilità

“Dal nostro punto di vista, è la società che rende disabili le persone con menomazioni fisiche. La disabilità è un qualcosa che si impone dall'alto in modo tale che noi siamo inevitabilmente isolati ed esclusi da una piena partecipazione sociale. Le persone disabili, perciò, sono un gruppo oppresso nella società” (Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976, p. 14). Il modello sociale rappresenta un'elaborazione concettuale in chiave prevalentemente sociopolitica del fenomeno della disabilità. Secondo tale modello, la disabilità è il prodotto di un ambiente ostile e sfavorevole che impedisce alle persone con menomazioni di dare liberamente corso alle proprie azioni e di esprimere le proprie scelte. L'ostilità dell'ambiente si manifesta principalmente attraverso la rilevante quantità di barriere che ostacolano la piena partecipazione delle persone disabili alla vita sociale in qualsiasi dominio dell'esistenza: dagli atteggiamenti sociali negativi, ai pregiudizi, alle limitazioni all'accesso alle comunicazioni e alle risorse, alle barriere architettoniche (Shakespeare et al., 1996). La disabilità, dunque, non è altro che una costruzione sociale e le difficoltà sperimentate quotidianamente dalle persone disabili non hanno a che fare con le menomazioni o i deficit fisici quanto, soprattutto, con gli atteggiamenti discriminatori, pregiudizievoli e stigmatizzanti del resto della società (Bickenbach, Chatterji, Badley, & Üstün, 1999; Gilson & DePoy, 2000) e con le barriere fisiche che sono parte integrante dell'ambiente architettonico: *“La disabilità non ha nulla a che fare con il corpo [...] la menomazione, infatti, non è niente di meno che una descrizione del corpo fisico”* (Oliver, 1995a, pp. 4-5). La costruzione del modello sociale della disabilità prende l'avvio da una critica serrata e circostanziata del modello medico ad opera, soprattutto, di studiosi essi stessi disabili (Pfeiffer, 2000). Il dissenso dei rappresentanti del modello sociale investe principalmente il potere della medicina – e degli 'esperti' in generale – sulla disabilità, la categorizzazione fondata sulla diagnosi e la pretesa oggettività della diagnosi stessa e produce una accurata ermeneutica del linguaggio (Corker, 1999, 2000; Union of the Physically Impaired Against Segregation, 1976) che si

esprime nella critica puntuale di ogni forma di categorizzazione irrispettosa o infamante, con la consapevolezza che ogni parola rivela un mondo entro il quale prendono forma le differenti possibilità di socializzazione, perché è nel linguaggio che si esprime quel riconoscimento che “può essere paragonato a quel fattore indispensabile per la fotosintesi, la luce del sole, che fornisce alla pianta l’energia necessaria per la continua trasformazione di sostanza” (Benjamin, 1991, p. 26).

La produzione teorica riferibile al modello sociale della disabilità può essere distinta, grossolanamente, in due macro-orientamenti, in ragione della localizzazione delle barriere: da un lato, il contributo di teorici e attivisti come Abberley (1987) o Bickenbach (1993) pone prevalentemente l’attenzione sulle barriere culturali, costituite dagli atteggiamenti, dalle credenze e dagli stereotipi dominanti nell’ambiente socio culturale e nel tessuto delle relazioni sociali; dall’altro lato, il lavoro di autori come De-Jong (1983), Finkelstein (1980) e Oliver (Oliver, 1995b, 2004, 1990) privilegia l’analisi degli ostacoli socio ambientali, a partire dalle barriere fisiche che caratterizzano il territorio, le istituzioni, i luoghi del lavoro, della socializzazione e del sapere, e pone, molto spesso, un’enfasi particolare sullo sviluppo tecnologico come fattore di emancipazione primario per le persone con disabilità. In ogni caso, comune a tutte le diverse declinazioni del modello sociale è il concetto di discriminazione e il presupposto condiviso che le diverse - minori - opportunità di cui godono le persone disabili rispetto alle persone normodotate non è determinato dal deficit fisico ma dal fatto che l’ambiente nelle sue differenti articolazioni è strutturato per escludere od emarginare tutti coloro che funzionano in modo differente rispetto ad uno standard di normalità socialmente definito e condiviso (Pfeiffer, 2001).

La distinzione tra i due macro-orientamenti sopra considerata suggerisce che il modello sociale di disabilità costituisca tutt’altro che un corpus teorico univoco e monolitico. Al contrario, sono molteplici le differenti versioni del modello che, nel corso del processo di edificazione teorica, tuttora in corso, sono state elaborate e proposte. Oltre alla classificazione sopra esposta, infatti, secondo Ferrucci (2004) è possibile distinguere almeno tre differenti approcci nel modello sociale: una versione statunitense – sviluppata negli anni ’80 dall’Independent Living Movement – fortemente permeata di individualismo, centrata sugli ostacoli ambientali e che individua nella demedicalizzazione e nell’autodeterminazione gli obiettivi principali da perseguire per l’emancipazione dei disabili; una variante di ispirazione neo marxista che considera i disabili come una classe sociale e che al suo

interno annovera una varietà di posizioni lungo l'asse di un maggiore (Finkelstein, 1980; Roulstone, 1993) o minore (Oliver, 1995b) determinismo tecnologico, in ragione cioè del ruolo, più o meno centrale, assegnato allo sviluppo tecnologico nel processo di emancipazione e di integrazione sociale delle persone disabili; infine, un punto di vista fondato sul concetto di minoranza oppressa che pone il maggiore accento sulle rappresentazioni culturali della disabilità evidenziando sia l'interiorizzazione da parte dei disabili del pensiero dominante in relazione alla loro condizione sia l'insufficienza di una consapevolezza collettiva dei disabili come gruppo oppresso.

Un punto di riferimento teorico di grande importanza per il modello sociale di disabilità è costituito dai lavori di Goffman (1961, 1963) sullo stigma e sulle istituzioni totali. Secondo Goffman, capostipite della teoria sociale nota come interazionismo simbolico, la società categorizza le persone sulla base di aspettative normative, dividendole in 'normali' e 'devianti'. Nel determinare la riduzione di una persona da integra e 'normale' a screditata, 'corrotta', 'infetta' e, addirittura, non umana o non del tutto umana, svolge un ruolo centrale il concetto di stigma, inteso come un qualsiasi attributo – fisico o psicologico - considerato come profondamente screditante. Lo stigma è un peculiare rapporto tra un attributo e lo stereotipo che ad esso è connesso e che implica discredito verso chi lo possiede (Goffman, 1963). Riprendendo questo concetto, Link e Phelan (2001) hanno precisato che lo stigma si determina in seguito alla convergenza di cinque componenti interconnesse:

1. le persone distinguono ed etichettano le differenze umane;
2. le credenze culturali dominanti connettono le persone etichettate con stereotipi negativi;
3. le persone etichettate sono poste in categorie distinte tali da garantire un sufficiente grado di separazione tra 'noi' e 'loro';
4. le persone etichettate sperimentano perdita di status e discriminazione che implicano disuguaglianza;
5. alla stigmatizzazione è interamente subordinato l'accesso al potere sociale, economico e politico che permette l'identificazione della differenza, la costruzione degli stereotipi, la separazione delle persone etichettate in categorie distinte, e la piena attuazione della disapprovazione, del rifiuto, dell'esclusione, e della discriminazione.

Lo stigma si riferisce, in genere, a caratteristiche 'devianti' dalla norma, sia in ambito fisico sia di personalità o di appartenenza sociale, come nel caso di gruppi emarginati o di sottoculture specifiche. In ogni caso, la diversità

della persona portatrice di stigma è generalmente considerata indesiderabile, al punto tale da provocare sia la 'rilettura' di qualsiasi altro suo attributo alla luce dello stigma, sia la riduzione dell'individuo nella sua interezza alla caratteristica oggetto di stigma (Titchkosky, 2000). Un aspetto da sottolineare è che lo stigma, essendo l'espressione di un rapporto, non è assoluto né universale ma è relativo al contesto delle relazioni sociali entro le quali viene definito. L'attributo, infatti, diviene uno stigma nel concreto svolgersi dei rapporti sociali ed è in relazione a questi e agli attori in essi coinvolti che la caratteristica stigmatizzata acquisisce la sua valenza negativa: "Lo stigma esiste nelle comunicazioni interpersonali e nei rapporti vissuti. Poiché si colloca sia all'interno che all'esterno di una persona, lo stigma è un processo soggettivo e sociale. Pertanto, lo stigma può essere visto come interpersonale o relazionale in natura. Noi, inoltre, suggeriamo che gran parte dello stigma esiste nello spazio intersoggettivo tra le persone a livello di parole, gesti, significati, feeling, etc. durante il coinvolgimento con ciò che è più significativo" (Yang et al., 2007, p. 1532). Tuttavia, nonostante il monito di Goffman sul fatto che ciò che realmente interessa è "un linguaggio delle relazioni, non degli attributi" (1963, p. 3), buona parte della ricerca in ambito sociologico ha spesso considerato, più o meno intenzionalmente, lo stigma come qualcosa da individuare 'nella persona' più che un'etichetta che gli altri attribuiscono alla persona (Link & Phelan, 2001).

Il problema centrale delle persone portatrici di stigma riguarda la loro identità sociale e, conseguentemente, il grado di probabilità di essere accettati dai 'normali'. Goffman, infatti, nel precisare il concetto di stigma, afferma che esso è definibile come una discrepanza tra 'l'identità sociale virtuale' di una persona e la sua 'identità sociale reale' (1963, p. 2). A questo proposito, egli distingue tra persone screditate, cioè portatrici di uno stigma evidente, non occultabile o occultato, e persone screditabili, ovvero coloro i quali possiedono anch'essi una caratteristica socialmente stigmatizzata ma che non è immediatamente visibile o che può essere facilmente sottratta alla vista dell'altro. In entrambi i casi, le relazioni interpersonali sono dominate da un vissuto di incertezza, con la differenza che nel caso di chi è (già) screditato la problematica fondamentale riguarda soprattutto la gestione della tensione che si accompagna al controllo continuo sui segni che rendono evidente lo stigma e, inevitabilmente, veicolano informazione sociale, mentre nella condizione di screditabilità la persona sarà costantemente impegnata a valutare se le circostanze in cui si trova siano favorevoli o meno alla rivelazione del proprio stigma (Carnevale,

2007). La differenza tra l'esperienza degli 'screditati' rispetto a quella degli 'screditabili' è comunemente riscontrabile nella relativa diversità dei vissuti riportati dalle persone con disabilità fisica quando confrontati con quelli delle persone con disabilità mentale o cognitiva.

Nella teorizzazione di Goffman, la 'normalità' si costituisce, dunque, come il punto di vista attraverso il quale è possibile riconoscere lo stigma e lo stigmatizzato. Le persone 'normali', non possedendo alcun segno 'abominevole' che si imponga all'attenzione dell'altro, non possono che provare pienamente un senso di profonda connessione con la 'normalità' (Titchkosky, 2000). Secondo Goffman, è esattamente la "scena primaria" (1963, p. 13) – l'espressione è chiaramente mutuata dalla psicoanalisi freudiana - dell'incontro traumatico del 'normale' con il disabile che consente a ciascuno dei due di costruire il senso della propria identità e della propria differenza sociale. È proprio lo studio di questo incontro, il dispiegarsi della scena primaria della sociologia, che consente a Goffman di dipanare il significato della normalità e i costrutti normativi e identitari sui quali è edificato, per giungere a sostenere la reale impossibilità di aderirvi pienamente, a meno che una persona non sia "giovane, sposata, bianca, cittadina, del nord, eterosessuale, educata in un College di Padri Protestanti, ben impiegata, di buona costituzione fisica, peso e altezza e con un record recente in qualche disciplina sportiva" (1963, p. 128).

Il processo di socializzazione di una persona portatrice di stigma è fondativo di una vera e propria "carriera morale" (Goffman, 1963, pp. 32-40) che, nel caso della disabilità, presenta caratteristiche differenti in ragione sia del tipo di disabilità sia delle modalità di acquisizione della disabilità stessa. Una persona disabile dalla nascita attraverserà passaggi diversi da quelli di chi, invece, è diventato disabile successivamente: "Le persone con disabilità congenita, di solito, sono a conoscenza fin dalla prima infanzia che gli altri le considerano 'diverse'. Le reazioni negative della famiglia e degli amici, rinforzate da esperienze come i periodi di ospedalizzazione, l'educazione speciale in spazi separati e un ambiente fisico inaccessibile, assicurano che la maggior parte dei bambini diventino consapevoli dell'"identità disabile" che gli viene attribuita. Al contrario, il bambino sordo cresciuto in una famiglia con altri membri sordi, spesso ha esperienze precoci più positive. L'impatto delle barriere sociali, degli atteggiamenti e delle pratiche discriminatorie nel mondo esterno non è del tutto sperimentato finché non si effettua il tentativo di partecipare ad attività del gruppo dei pari come la socializzazione, il vedersi con qualcuno a cui si è interessati sentimentalmente e l'ingresso nel mondo del lavoro. Al contra-

rio, le persone che acquisiscono una condizione stigmatizzata in età adulta sono, di solito, più resistenti a individuarsi come disabili a causa della loro precedente assimilazione della prospettiva della tragedia personale sulla menomazione e la disabilità” (Barnes, Mercer, & Shakespeare, 1999, p. 49).

Il percorso di costruzione sociale di un’identità stigmatizzata, invece, è efficacemente descritto da Goffman in *Asylums* (1961) in cui il tema centrale riguarda i meccanismi di funzionamento delle istituzioni totali. Attraverso l’analisi di regole, pratiche e rituali che hanno lo scopo di fornire alla persona un’identità istituzionale sostitutiva di quella precedentemente posseduta, Goffman descrive i processi di sottomissione, umiliazione e mortificazione che segnano la carriera morale degli ospiti delle istituzioni totali. Le reazioni di adattamento possono essere molteplici e variare dall’accettazione incondizionata al rifiuto, che viene prevalentemente esercitato attraverso la violazione, per lo più nascosta, delle regole dell’istituzione stessa (Ferrucci, 2004).

I teorici del modello sociale della disabilità hanno frequentemente espresso riserve rispetto alla teoria interazionista di Goffman: per quanto la costruzione sociale dell’identità delle persone stigmatizzate sia chiaramente delineata, tuttavia, appare immotivatamente escluso dall’ottica di Goffman ogni riferimento al livello macrosociale che, secondo i sostenitori del modello sociale, ha anch’esso una forte influenza sulla costruzione dell’identità disabile. Inoltre, un’altra critica, sempre dalla stessa fonte, non approva il punto di vista goffmaniano secondo cui ciò che identifica la normalità e la devianza è sostanzialmente condiviso dai normali e da chi è socialmente discriminato (Ferrucci, 2004). Peraltro, analizzando le dinamiche e i meccanismi che conducono i gruppi organizzati di persone stigmatizzate a incidere poco o niente in termini sociali, culturali o politici, Goffman (1959) concludeva che solo “trovando una causa e un’identità comune, compattandosi contro una forza esterna, includendo le persone con interessi simili, sviluppando segni, simboli e cultura organizzativa, presentandosi come un fronte unitario e divenendo politicamente astuti” (Albrecht, 2002, p. 40) è possibile tenere uniti i diversi gruppi e incidere realmente sull’ambiente politico, culturale e sociale.

Il modello sociale di disabilità ha dedicato una grande attenzione al processo di costruzione dell’identità personale delle persone disabili, sviluppando un discorso nel quale i fattori personali e quelli sociali connessi alla ‘disability identity’ sono inestricabilmente intrecciati. Il percorso verso l’affermazione di sé che le persone disabili sono chiamate a intraprendere

riguarda sia l'accettazione di sé sia l'affermazione di sé con chi disabile non è (Shakespeare et al., 1996). Ma il piano sociale è in realtà ulteriormente articolato dal momento che le comunità da fronteggiare nel percorso affermativo della propria identità disabile sono almeno due: quella dei 'normali', che irrimediabilmente emargina, stigmatizza ed esclude, e quella dei 'diversi' che, dato il minimo comune denominatore dell'alterità di tutti i sottogruppi che la compongono, può offrire la possibilità di un'appartenenza. L'alterità condivisa, rispetto alla comunità dei 'normali', è anche l'elemento che ha consentito e consente a movimenti di lotta e rivendicazione anche molto distanti tra loro, di saldarsi spesso in un fronte comune impegnato a contrastare emarginazione e discriminazione e ad affermare il diritto alla diversità (Erevelles, 1996; Humphrey, 1999; S. D. Stone, 1995). Ma è un dato di fatto incontrovertibile che la condizione di disabilità sia trasversale rispetto a qualsiasi altro gruppo 'deviante' e questo, in realtà, complica le cose, più che semplificarle: da un lato, all'interno della comunità dei disabili, non è infrequente una gerarchizzazione delle disabilità che tende ad ignorarne alcune tipologie (Oliver, 1990; Thompson, Bryson, & De Castell, 2001), dall'altro, ad esempio, la comunità delle donne tende ad emarginare le donne con disabilità (Albrecht, 1997; Castelnuovo & Guthrie, 1998; Fine & Asch, 1988; Hillyer, 1993; Morris, 1991; C. Thomas, 1999; Tremain, 1996; Wendell, 1996) così come i gruppi LGBT ignorano palesemente i loro membri disabili (Shakespeare et al., 1996).

Sia il modello medico che il modello sociale di disabilità, al di là dell'essere sostanzialmente opposti l'uno all'altro, condividono molto più di ciò che appare. Per entrambi, ad esempio, la disabilità è "negativa" e si traduce necessariamente in una condizione di svantaggio sociale. Tuttavia, questo principio può essere ampiamente contestato, a partire dalla considerazione che lo svantaggio sociale non è dato una volta per tutte ma è il prodotto della relazione tra un determinato individuo e un determinato ambiente: a parità di limitazioni funzionali o menomazioni strutturali, sarà possibile individuare contesti disabilitanti e contesti che lo saranno meno o non lo saranno affatto.

D'altro canto, come i teorici del modello sociale imputano al modello medico un'impostazione ispirata a un forte riduzionismo biologico, così nel modello sociale sembra essere implicita una dimensione di riduzionismo sociale altrettanto rigida. Per il modello sociale la disabilità è un fenomeno sociale ed è nella società che devono essere rintracciate le sue cause. I deficit e le limitazioni funzionali non spiegano nulla della disabilità ma, al più,

sono descrizioni del corpo. Da questa impostazione deriva che qualsiasi politica di intervento non può avere lo scopo di favorire l'adattamento individuale ma, piuttosto, di intervenire sulle forme dell'organizzazione sociale che causano, promuovono o contribuiscono a mantenere la disabilità. Questo aspetto mette in luce il grande paradosso del modello sociale che, nell'affermare l'irrilevanza della dimensione biologica nel processo di disabilitazione, di fatto riconsegna le persone disabili al controllo medico: "La distinzione tra disabilità e menomazione de-medicalizza la disabilità, ma simultaneamente lascia il corpo menomato nell'esclusiva giurisdizione dell'ermeneutica medica. Mentre la sociologia del corpo cerca di sfidare il monopolio biomedico sulla conoscenza del corpo, il modello sociale della disabilità glielo cede" (Hughes & Paterson, 1997, p. 330).

Il modello medico e il modello sociale appaiono chiaramente divisi, invece, sulla capacità di operationalizzare i propri concetti: il primo, infatti, consente di osservare e classificare il fenomeno della disabilità in un modo funzionale e produttivo anche per la ricerca scientifica e non solo per l'intervento medico in senso stretto; il secondo, al contrario, non ha elaborato nessuna classificazione della disabilità socialmente fondata e alternativa rispetto a quelle espresse nell'ambito culturale del modello medico. Pertanto, il modello sociale non ha mai potuto indicare con chiarezza alla politica gli interventi da effettuare per eliminare l'oppressione e la discriminazione delle persone disabili in un modo che gli sia specifico e non riconducibile ad un più ampio e generico intervento verso le minoranze oppresse (Bickenbach et al., 1999).

La versione 'forte' del modello sociale, dunque, sembra non favorire la possibilità di approdare a un'applicazione operativa e concreta del modello stesso: la linearità e la rigidità, che sono un punto di forza del modello medico, sembrano costituire una trappola che costringe all'irrilevanza, nella quotidianità, il modello sociale. Peraltro, nell'ambito dello stesso modello sociale non poche sono state e sono ancor oggi le voci critiche che contestano la scarsa rilevanza attribuita all'esperienza personale del corpo e della disabilità (Morris, 1991) ed insistono nell'affermare che la completa rimozione delle barriere nella società non sarebbe un requisito sufficiente per assicurare ai disabili la piena partecipazione a tutte le attività sociali (Castelnuovo & Guthrie, 1998; Tremain, 1996)

3.3 Il modello biopsicosociale della disabilità

Sul finire degli anni '70, negli Stati Uniti, un medico psichiatra del Medical Center dell'Università di Rochester, George Engel, pubblicò sulla prestigiosa rivista *Science* un articolo destinato ad avere una larga eco e una rilevante influenza nei decenni successivi: *The Need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine* (Engel, 1977). In esso l'autore affermava: "La medicina ha infatti solide basi nelle scienze biologiche, enormi risorse tecnologiche al suo servizio e un primato di straordinari progressi nel chiarire i meccanismi della malattia e nel pianificare nuovi trattamenti. Sembra che la psichiatria stia facendo di tutto per imitare le discipline mediche sorelle e abbracciare così una volta per tutte il modello medico della malattia. Io non accetto una tale premessa. Sostengo piuttosto che tutta la medicina sia in crisi, e inoltre, che la crisi della medicina derivi dallo stesso difetto di base della psichiatria, vale a dire, l'aderenza ad un modello centrato sulla malattia che non è più adeguato ai compiti scientifici ed alle responsabilità sociali sia della medicina che della psichiatria" (Engel, 1977, p. 129). Secondo l'autore, la ragione principale della crisi della medicina "deriva dall'inferenza logica che porta a definire la "malattia" solo in termini di parametri somatici, cosicché i medici non sono tenuti ad occuparsi delle istanze psicosociali in quanto queste ricadrebbero al di fuori della responsabilità e dell'autorità della medicina" (Engel, 1977, p. 129). I segni della crisi, inoltre, erano ben riconosciuti dai professionisti nel campo medico, tra i quali cresceva la consapevolezza del divario esistente tra l'eccellenza del background tecnico e delle competenze biomediche e la totale assenza di conoscenze e di *expertise* in ambiti sempre più centrali nel lavoro di cura con i pazienti. Engel sosteneva la necessità non solo di riconciliare la dimensione biologica con quella psicologica e sociale ma anche di sviluppare nuovi modelli di spiegazione dei processi indagati, superando il riduzionismo e il dualismo mente/corpo attraverso l'adozione di una prospettiva nuova. A tale proposito, Engel traccia un parallelo con quanto accadeva nel campo delle scienze biologiche: "La lotta per riconciliare gli aspetti psicosociali e biologici in medicina ha avuto il suo parallelo in biologia, anch'essa dominata dall'approccio riduzionista della biologia molecolare. Anche fra i biologi sono emersi segni della necessità di sviluppare spiegazioni dei processi di vita olistiche oltre che riduzionistiche, per rispondere a interrogativi quali 'perché?', 'a che scopo?' e 'come?'" (Engel, 1977, p. 134).

Pur riconoscendo a Freud nella psicoanalisi e a Meyer nell'approccio del *life stress event* il merito di aver avanzato le proposte più interessanti per la costruzione di un approccio integrato ed olistico alla salute e alla malattia, tuttavia, Engel individua nella Teoria generale dei sistemi elaborata da von Bertalanffy (1950, 1951, 1968) il più solido fondamento teorico sul quale edificare un nuovo approccio in medicina. Secondo la teoria di von Bertalanffy, infatti, la spiegazione scientifica dei fenomeni non può poggiare unicamente sulla loro suddivisione in unità più semplici e sullo studio di ciascuna di tali unità in modo separato l'una dall'altra, ma è necessario approfondire le relazioni tra esse. Al vecchio metodo scientifico, si deve progressivamente sostituire un nuovo metodo che consideri le interazioni tra un numero molto più grande di variabili, accettando anche la possibilità, per nulla infrequente, che alcune di tali variabili siano e rimangano a lungo sconosciute. Il nuovo approccio, considerando i caratteri organicistici della vita e occupandosi di concetti come 'ordine', 'organizzazione', 'differenziazione' e 'orientamento verso un fine', vedrà l'essere umano come un sistema ecologicamente immerso in sistemi multipli (Gray, Duhl, & Rizzo, 1969).

Con la definizione dell'orizzonte del nuovo paradigma arriva anche la sua denominazione: "Da quando la teoria dei sistemi ha iniziato a sostenere che tutti i livelli dell'organizzazione sono connessi l'uno all'altro all'interno di una relazione gerarchica, così che il cambiamento di uno incide sul cambiamento degli altri, la sua adozione come approccio scientifico dovrebbe poter fare molto per mitigare la dicotomia tra olistico e riduzionismo e migliorare la comunicazione tra le discipline scientifiche. La teoria dei sistemi fornisce alla medicina un approccio teorico adatto non solo alla qui proposta concezione biopsicosociale della malattia, ma anche allo studio della malattia e della cura medica come processi correlati"(Engel, 1977, p. 134).

Il modello biopsicosociale nasce dall'emergere delle contraddizioni del modello medico e, forse inaspettatamente, da una crisi che coinvolge, in primo luogo, proprio il terreno del sapere tecnico di quel modello, ovvero la capacità di spiegare in modo esauriente la relazione causale tra le condizioni somatiche e la malattia. L'esposizione a un agente patogeno, infatti, è condizione indispensabile ma non sufficiente allo svilupparsi di una malattia e questo getta una nuova luce sui fattori di modulazione del rapporto – la cui dinamica è descrivibile nei termini di una triadica reciproca causazione - tra strutture e funzioni corporee, fattori personali e psicologici e fattori ambientali.

Nel modello biopsicosociale la disabilità è l'esito multi determinato e complesso dei tre fattori appena elencati che interagiscono in una dinamica circolare non riconducibile né riducibile ad una logica di tipo lineare e, dunque, commensurabile a quella che sottende il modello medico e il modello sociale. La disabilità risulta così descrivibile esclusivamente nei termini di una limitazione delle abilità individuali e/o una restrizione della partecipazione sociale (World Health Organization, 2001) certamente connesse ad uno stato di salute il quale, però, non risulta necessariamente causativo. Da ciò deriva, soprattutto, una sfida diretta ai concetti di prevenzione e di promozione della salute sostenuti dal modello individuale: in una sequenzialità di eventi di tipo lineare, infatti, qualsiasi livello di prevenzione è rivolto alla sintomatologia ed è adattata all'individuo affetto dal disturbo. Sia che abbia lo scopo di contenere la menomazione – prevenzione primaria – sia che miri a limitare le disabilità connesse ad uno stato di salute – prevenzione secondaria – sia, ancora, che agisca prima che una limitazione nell'esecuzione di un'attività comprometta il compimento di funzioni considerate rilevanti per la sopravvivenza in un dato contesto – prevenzione terziaria – nel modello medico della disabilità tutti questi interventi sono graduati in funzione dell'individuo e del suo sintomo. Nel modello biopsicosociale, invece, l'effetto causativo non è predicibile in ragione di una consequenzialità lineare e, inoltre, in esso acquisisce un ruolo determinante la variabile temporale che produce un continuo mutamento nelle relazioni di tipo causale. L'unica disabilità descrivibile nel modello biopsicosociale, dunque, è nel 'qui e ora' del dato immediatamente osservabile; oltre a ciò, nel superamento dei modelli di prevenzione di ispirazione medica, diviene indispensabile 'promuovere' la salute: "Dato il suo carattere difficilmente *pre-vedibile*, la salute non può essere semplicemente programmata anticipatamente e garantita preventivamente. Il funzionamento e la salute di un individuo possono certamente giovare della prevenzione mirante a garantire standard di vivibilità e prevenire condizioni di malessere. Ma non basta. La salute ha bisogno di essere promossa. A differenza della prevenzione la promozione non *pre-vede* uno standard di normalità a cui tendere, né una sindrome da circoscrivere o eliminare. La promozione fa sue le condizioni ritenute favorevoli nel qui e nell'ora e le diffonde attivamente" (Federici & Olivetti Belardinelli, 2006, p. 334).

La costruzione teorica del modello biopsicosociale ha ricevuto importanti contributi anche da studiosi che, partendo da un'esigenza di profonda revisione del modello sociale, sono approdati ad una concezione della disa-

bilità 'fluida' e decisamente determinata dal contesto di vita degli individui (Barnartt, 2010). Secondo Zola (Zola, 1993a, 1993b, 1994) la disabilità non è un attributo umano che differenzia una porzione di umanità dall'altra, ma è, piuttosto, una caratteristica estremamente ed infinitamente variabile ed universale della natura e della condizione umana. Per questo motivo, di fronte al problema della disabilità la domanda "non è *se* ma *quando*, non tanto *quale*, ma *quante* e *in quale combinazione*" (Zola, 1993a, p. 18). Da una tale prospettiva, dunque, al contrario della visione dicotomica classica che nel mondo distingue gli abili dai non abili, si rivela, piuttosto, la descrizione di un continuum nel quale totale abilità e totale non abilità rappresentano solo i due poli estremi, teoricamente necessari ma praticamente impossibili. Pertanto, se all'interno di tale continuum è necessario introdurre delle cesure, ciò è ammissibile unicamente in ragione di finalità politiche ed economiche volte a produrre distinzioni funzionali alla redistribuzione delle risorse nella società. Inoltre, tali distinzioni non avrebbero una natura permanente ma sarebbero necessariamente discutibili e modificabili col passare del tempo.

Secondo Zola la comprensione del fenomeno 'disabilità' è possibile unicamente all'interno di una prospettiva complessa, entro la quale ciascun aspetto è definibile unicamente nel suo rapporto con gli altri. Sia la sociologia medica sia le teorie della disabilità non hanno alcuna utilità se non sono connesse da un lato con la sfera politica e, dall'altro, con le esperienze personali e le narrative uniche e irripetibili di ciascun disabile. Ciascuna voce racconta una storia che si connette ad altre voci e ad altre storie, consentendo di fondare non solo un'identità collettiva ma anche un'*agenda setting* condivisa e, con essa, una comune strategia per promuovere il cambiamento sociale (Zola, 1989). Per quanto siano stati compiuti molti passi avanti per il riconoscimento sociale delle persone con disabilità, molto di più si può fare, a parere di Zola, adottando la prospettiva dei diritti civili e universalistica: "Solo quando riconosceremo il carattere universale della disabilità e il fatto che tutte le sue dimensioni, compresa quella biomedica, sono parte integrante del processo attraverso il quale i significati della disabilità sono negoziati, solo allora sarà possibile apprezzare pienamente delle politiche pubbliche che possano influire su questo tema" (Zola, 1989).

Dunque, il primo passo per modificare la condizione delle persone con disabilità non è solo quello di mettere seriamente in discussione le istituzioni che hanno governato i processi di inclusione ed integrazione, ma anche quello di lavorare per modificare concretamente le immagini e le rappre-

sentazioni della disabilità che quelle stesse istituzioni, attraverso la categorizzazione delle persone in termini di malattia o di menomazione, hanno attivamente prodotto.

2. Modelli della disabilità tra fattori contestuali e vincoli cognitivi: il paradigma della ricerca

Sommario

Questo capitolo inquadra teoricamente e illustra il paradigma adottato per la ricerca sperimentale oggetto di questa tesi. La trattazione si apre con un'ampia disamina del dibattito esistente tra le principali tradizioni di ricerca nell'ambito delle scienze sociali (Paragrafo 1) a cui segue la formulazione degli obiettivi sperimentali e delle predizioni sui risultati attesi del presente studio, del quale viene in tal modo definita la logica paradigmatica di riferimento (Paragrafo 2). Chiude il capitolo la descrizione dei due paradigmi sperimentali adottati (Paragrafi 3 e 4).

1. Le rappresentazioni della disabilità e i paradigmi delle scienze sociali

Gli studi sui modelli della disabilità sono stati condotti, sino a oggi, prevalentemente all'interno di una prospettiva di ricerca sociologica. Quasi tutti gli studiosi che hanno affrontato il tema sono sociologi e allo stesso ambito disciplinare appartiene la maggior parte dei ricercatori disabili che, seguendo l'esortazione di importanti esponenti del modello sociale, hanno finora condotto studi scientificamente rilevanti sui modelli. L'approccio sociologico – ma quanto segue vale anche per quello psicologico – è stato influenzato dal paradigma dominante nelle scienze sociali, denominato *Standard Social Science Model* (Modello standard delle scienze sociali) ovvero "la prospettiva largamente accettata sulla natura dei fenomeni sociali e culturali che è servita per un secolo come cornice intellettuale per

l'organizzazione della psicologia e delle scienze sociali e come giustificazione intellettuale per la loro pretesa di autonomia dal resto delle discipline scientifiche" (Tooby & Cosmides, 1992, p. 23).

Il Modello Standard delle Scienze Sociali, che ha indirizzato e tuttora orienta la prospettiva di ricerca tradizionale sui fenomeni sociali e psicologici, attribuisce origini esclusivamente culturali all'organizzazione mentale e ai processi di categorizzazione. La cultura è un fatto esterno agli individui ed è capace di determinarli. In accordo col Modello Standard, qualsiasi fenomeno culturale è completamente acquisito durante il processo di sviluppo e di socializzazione e il versante "innato" dell'organizzazione cognitiva è limitato a caratteristiche meramente procedurali o algoritmiche, prive di qualsiasi specifico contenuto. La mente umana, quindi, gioca il limitato ma indispensabile compito di incorporare una "capacità per la cultura" che è in sé stessa una sorta di materiale indeterminato che i fattori sociali modellano e trasformano (Durkheim, 1895/1962).

La mente umana, in accordo con tale modello squisitamente empirista, è poco più che una lavagna bianca (Pinker, 2002): "Nel corso del tempo, la metafora tecnologica utilizzata per descrivere la struttura della mente umana è stata costantemente aggiornata, dalla tabula rasa al centralino al computer multifunzione, ma il nucleo centrale di questo punto di vista empiricista è rimasto identico. In effetti, esso è diventato l'ortodossia regnante nel pensiero tradizionale in antropologia, in sociologia, e nella maggior parte delle aree della psicologia. Secondo tale ortodossia, tutto il contenuto specifico della mente umana deriverebbe originariamente dal 'fuori' – dall'ambiente e dal mondo sociale – e l'architettura evoluta della mente sarebbe costituita esclusivamente o prevalentemente da un piccolo numero di meccanismi multifunzionali, indipendenti dal contenuto, e che sono noti sotto i nomi di 'apprendimento', 'induzione', 'intelligenza', 'imitazione', 'razionalità', 'capacità di cultura', o semplicemente 'cultura'" (Tooby & Cosmides, 1997, p. 74).

Nella cornice metateorica del Modello Standard, dunque, l'organizzazione mentale è manifestamente presente nel mondo sociale attraverso le forme del comportamento e le rappresentazioni condivise dai membri di un gruppo. Essa è categorizzabile con riferimento alla sua fonte in: a) una parte innata, ovvero geneticamente determinata, che è di origine biologica e corrisponde a quanto osservabile nel bambino e b) una parte sociale che contiene qualsiasi entità organizzativamente complessa, è interamente prodotta dall'ambiente sociale e coincide sostanzialmente con l'organizzazione mentale degli adulti. Sono gli input ambientali che forni-

scono al sistema la sua organizzazione funzionale. L'analogia mente – computer è, in tal senso, chiarificatrice: come un computer, infatti, la mente non nasce già equipaggiata di programmi ma li riceverà in relazione all'interazione con l'ambiente (Geertz, 1973, 1984). Come fanno notare Cosmides e Tooby: "Tommaso d'Aquino ha affermato questo principio empirista un millennio fa: 'Non c'è nulla nell'intelletto che non sia stato prima nei sensi'" (1994, p. 55).

La letteratura scientifica ha accumulato migliaia di studi sugli atteggiamenti, gli stereotipi, i miti e le credenze sulla disabilità, condotti principalmente attraverso la misurazione dei differenti comportamenti in diversi gruppi umani. Come già denunciato oltre venti anni fa da Söder (1990), la gran parte delle ricerche sono basate su nozioni semplificate o confuse di 'atteggiamento', difficilmente raffrontabili le une con le altre, sono condotte con metodologie semplicistiche e scarsamente originali e, inoltre, nella maggior parte di esse è assente qualsiasi riferimento alle rappresentazioni o ai modelli mentali relativi alla disabilità. Inoltre, la maggior parte degli studi privilegiano il versante applicativo o pragmatico della ricerca, trascurando del tutto gli aspetti teoretici.

L'influenza del Modello Standard delle Scienze Sociali su tali studi è tale che, nella quasi totalità dei casi, come è stato estesamente discusso nel primo capitolo, i paradigmi di ricerca sottintendono la natura delle rappresentazioni della disabilità – e, in ultima analisi, la disabilità stessa – come risultato di un processo di costruzione culturale della diversità e della differenza ma trascurano completamente l'indagine su qualsiasi elemento che sia implicato nell'architettura cognitiva innata degli esseri umani. Nell'ottica del Modello Standard, dunque, si può giungere ad affermare che la disabilità non appartenga tanto all'individuo in quanto tale, quanto alla classe di individui a cui è ricondotto un certo individuo perché non 'normale'. Questa argomentazione, tuttavia, rivela una circolarità che finisce per spiegare ben poco: da un lato c'è disabilità perché vi è un'esclusione, ma dall'altro vi è un'esclusione perché c'è una disabilità; inoltre, nel ricondurre interamente qualsiasi contenuto dei processi cognitivi umani ad un fatto esterno agli individui stessi, si manifesta l'inconsistenza del Modello Standard nello spiegare cosa sia la cultura e da dove origini: "la cultura è un oggetto sui generis spiegabile unicamente nei termini di sé stesso" (Lowie, 1917/1966, pp. 25-26) che, dunque, non sembra essere, esso stesso, un prodotto della mente. Il Modello Standard delle Scienze Sociali sembra non sfuggire ad un'aporia di fondo: "se la cul-

tura crea gli individui, che cosa crea la cultura?” (Tooby & Cosmides, 1992, p. 27).

La costruzione di un modello alternativo a quello Standard come paradigma di riferimento per la ricerca viene fatta risalire alle critiche rivolte da Noam Chomsky all’empirismo piagetiano, intorno alla metà degli anni cinquanta del secolo scorso. Nell’ottica piagetiana, l’acquisizione della conoscenza, che avviene in modo parallelo in tutti i domini cognitivi, è il frutto di un lungo processo di elaborazione, attraverso i due principali meccanismi dell’assimilazione e dell’accomodamento, di qualsiasi informazione rilevante in ingresso. In questo processo giocano un ruolo centrale il sistema e gli schemi motorio percettivi che, nel corso dello sviluppo, si fanno sempre più astratti. Chomsky dissentì con forza dall’idea che “lo sviluppo avvenga in modo indifferenziato lungo tutti i domini cognitivi concretizzandosi in un generico potenziamento della logica mentale” (Adenzato & Meini, 2006, p. XXII). Il cuore della critica di Chomsky, pur potendosi intendere estesa all’intera prospettiva empirista e ai suoi coevi sviluppi costruzionisti – e per quanto Piaget identificasse il costruzionismo come una sorta di terza via tra innatismo ed empirismo (Chomsky, 1992) – si incentra in realtà sul dominio cognitivo del linguaggio, ipotizzando l’esistenza di un sistema cognitivo specifico – una sorta di *organo del linguaggio* – dotato di rappresentazioni psicologiche e neurologiche distinte e peculiari: “Vi è una struttura innata che determina il quadro in cui il pensiero e il linguaggio si sviluppano, fin nei dettagli più precisi e intricati. Il linguaggio e il pensiero si risvegliano nella mente, e seguono un corso largamente predeterminato, del tutto simile a quello di altre proprietà biologiche. [...] La nostra conoscenza in questi ambiti, e credo anche altrove – perfino nella scienza e nella matematica – non deriva dall’induzione, attraverso l’applicazione di procedure affidabili, e così via; non è fondata o basata su ‘buone ragioni’, in alcun senso utile di questi nozioni. Piuttosto, essa si sviluppa nella mente, sulla base della nostra natura biologica, innescata da un’adeguata esperienza e, in un modo limitato, plasmato da quell’esperienza che risolve opzioni lasciate aperte dalla struttura innata della mente. Il risultato è una struttura elaborata di sistemi cognitivi, di sistemi di conoscenza e credenze, che riflette la natura stessa della mente umana, un organo biologico come tutti gli altri, con la sua portata ed i suoi limiti” (Chomsky, 1990, p. 575). In quest’affermazione di Chomsky è possibile individuare gran parte dei nuclei concettuali del pensiero innatista. La possibilità di esprimersi attraverso una delle lingue esistenti deriva dal fatto che ciascun essere umano, sin dalla nascita, *a priori*, possiede un corpus di conoscenze lingu-

stiche che si rendono disponibili nel corso del primissimo sviluppo e che, contemporaneamente, vengono plasmate dall'esperienza, ovvero modulate in relazione al contesto di appartenenza.

Tuttavia, ipotizzare l'esistenza, sin dalla nascita, di nuclei di conoscenze predeterminate, non significa affatto affermare la presenza di sistemi di elaborazione distinti, specializzati e separati per ciascun dominio cognitivo. Nell'ambito del linguaggio, ad esempio, questo ulteriore passaggio non fu teorizzato da Chomsky ma, in un momento successivo, da Fodor (1983). Nel sostenere la presenza di un vero e proprio *modulo* del linguaggio, Fodor introduce un concetto più forte e preciso rispetto a quello dell'*organo* ipotizzato da Chomsky. Il modulo è una vera e propria struttura specializzata nel dominio cognitivo di competenza che: a) è soggetta a vere e proprie tappe di sviluppo ontogenetico; b) entra in funzione obbligatoriamente una volta raggiunta la maturazione adeguata e c) si attiva automaticamente in ogni occasione in cui si presenti uno stimolo la cui elaborazione ricada nel proprio ambito; d) processa gli stimoli stessi in modo inconscio, ovvero il soggetto è consapevole unicamente del risultato dell'elaborazione, cioè della rappresentazione finale, ma non degli stadi iniziali e intermedi e, infine, e) non è sensibile, ovvero non può essere influenzata, dalle conoscenze del resto del sistema. Questo principio di funzionamento è noto come 'incapsulamento informazionale' (Fodor, 1983, p. 37)

In ogni caso, a partire dall'intuizione di Chomsky, fu avviato un vero e proprio filone di ricerca che spostò l'attenzione dallo studio della cultura e delle differenze comportamentali alla struttura della mente umana. Altri domini cognitivi, governati ognuno da principi peculiari e distinti rispetto a tutti gli altri e strettamente dipendenti dai contenuti processati dal dominio stesso, sono stati progressivamente individuati, contribuendo a edificare una concezione della mente ben più complessa e articolata di quanto sia l'empirismo sia il costruzionismo lasciassero presupporre: "Una volta accreditata l'ipotesi che la mente non sia affatto quel sistema generico e indifferenziato che sembrava emergere dalla ricerca precedente, il presupposto del modello standard delle scienze sociali viene a mancare. La cognizione umana non si configura più come frutto della sola cultura, bensì natura e cultura si riconciliano, la seconda plasmando e differenziando una mente fin dalla nascita estremamente ricca e nel contempo recettiva agli stimoli ambientali" (Adenzato & Meini, 2006, p. XXIII).

A differenza di quanto sostenuto dal Modello Standard delle Scienze Sociali, infatti, nonostante le differenze che individuano ogni cultura rispetto

alle altre, si possono riscontrare una serie di elementi comuni non riconducibili né all'incrocio tra le razze né all'incontro tra le culture ma a qualcosa che sta ancora più a monte e che, anzi, rende possibile lo stesso incontro tra culture. Sono quelli che Brown (1991, 1999) chiama gli universali umani. Tali universali, lungi dall'essere forme vuote, aspecifiche dal punto di vista contenutistico, rispetto ai domini della conoscenza umana, indicano categorie comuni in tutte le culture di contenuti di conoscenza e stanno alla diversità culturale come la facoltà del linguaggio sta alle lingue. Pertanto, gli universali non costituiscono l'esito dell'incontro tra le culture ma, al contrario, sarebbero il presupposto senza il quale le culture non potrebbero incontrarsi.

La scoperta degli universali culturali consente di affrontare il problema di cosa sia la cultura e di quale sia la sua origine in un modo che consente di superare le aporie che hanno fortemente limitato la forza esplicativa del Modello Standard delle Scienze Sociali.

Un'ipotesi suggestiva in tal senso proviene dalla psicologia evoluzionistica e dalla proposta, fiorita nel suo ambito, di un Integrated Causal Model (Modello Causale Integrato) criticamente contrapposto al modello standard delle scienze sociali e di cui, quanto esposto finora dagli studi di Chomsky alla modularità di Fodor, costituisce una necessaria premessa.

La psicologia evoluzionistica nasce dall'incontro tra la psicologia cognitiva e la biologia evoluzionistica, con l'apporto indispensabile di altre discipline quali l'antropologia, la genetica o l'etologia, con l'obiettivo di studiare la mente umana individuandone i fondamenti architettonici di base, non tanto allo scopo di edificare un'astratta tassonomia di strutture quanto di specificare la funzione di ciascuna di esse. L'assunto di base della psicologia evoluzionistica è strettamente connesso alla prospettiva evoluzionista e considera il comportamento umano come il risultato dei meccanismi che costituiscono e regolano la mente e che si sono strutturati – e continuano a strutturarsi – lungo tutto il corso dell'evoluzione (Cosmides & Tooby, 2008, 2013).

Nella prospettiva evoluzionista, il tempo, in particolare quello passato, ha un ruolo determinante. Se la mente è il prodotto complesso di un numero finito di meccanismi psicologici che l'ambiente di adattamento evoluzionistico – ovvero le pressioni ambientali – ha selezionato lungo i millenni, allo scopo di fornire risposte efficaci, cioè specifiche, a problemi specifici, ciò che conta per comprendere le funzioni dei meccanismi stessi nonché gli output comportamentali che derivano dalla loro interazione complessa, è la *quantità di storia* che in essi si è depositata. Le forme attuali

dell'organizzazione sociale – gruppi umani ampi, popolosi e stanziali, costituitisi a partire dalla diffusione dell'agricoltura – sono relativamente recenti, se si tiene in considerazione l'intero arco di tempo dell'evoluzione umana, mentre il tempo passato dai nostri antenati nella condizione di cacciatori/raccoglitori – gruppi umani molto ristretti e abitualmente nomadi – è stato incomparabilmente più lungo. È, dunque, altamente probabile che i meccanismi psicologici umani siano stati fortemente modellati nella porzione più lunga del segmento che rappresenta la linea temporale dell'evoluzione e che, da allora ad oggi, non abbiano subito variazioni di sostanziale rilievo, fermo restando che l'evoluzione è certamente un processo continuo ma le cui variazioni si osservano e si misurano – almeno per alcune specie animali – in centinaia di migliaia di anni e non certamente in secoli.

Non è, dunque, lecito attendersi che i meccanismi della psiche umana – complessi, altamente specifici e reciprocamente distinti – possano evolversi in tempi più rapidi rispetto a quelli che caratterizzano qualsiasi altro organo fisico dell'essere umano. Inoltre, secondo quanto ipotizzano Tooby e Cosmides, tenendo conto della storia della specie umana dalla sua comparsa sulla terra, è altamente probabile che la forma attuale dei meccanismi psicologici umani sia stata assunta durante il Pleistocene – circa 1,8 milioni di anni fa – e che, da allora, relativamente poche modificazioni siano avvenute (1989, p. 34).

Nella concezione della psicologia evuzionistica, la mente umana, plasmata dall'ambiente di adattamento, assomiglia a un coltellino svizzero, “competente in tante situazioni perché ha un grande numero di componenti – apribottiglie, cavatappi, coltello, stuzzicadenti, forbici – ciascuna delle quali è ben progettata per risolvere un problema diverso. L'architettura funzionale della mente è creata dalla selezione naturale; la selezione naturale è un processo simile alla scalata di una montagna che produce meccanismi in grado di risolvere adeguatamente problemi adattivi: un meccanismo specializzato di solito è in grado di risolvere un problema meglio di uno più generico. È improbabile che un processo con queste proprietà abbia progettato processi centrali che siano di uso generale ed indipendenti dal contenuto. Conseguentemente, un assunto di base dovrebbe essere che l'architettura della mente umana è satura di specializzazioni adattive” (Cosmides & Tooby, 1994, p. 60).

Lo scopo ultimo è, ovviamente, quello del migliore adattamento possibile, ovvero assicurare la sopravvivenza della specie e salvaguardare il successo della riproduzione individuale. Tutti i programmi di sviluppo e i meccani-

smi fisiologici e psicologici sono il prodotto naturale della storia evolutiva degli esseri umani: “Le menti umane, il comportamento umano, gli artefatti umani, e la cultura umana sono tutti fenomeni biologici – aspetti dei fenotipi umani e delle loro reciproche relazioni” (Tooby & Cosmides, 1992, p. 21). È questo il motivo per cui, nell’ambito del Modello Causale Integrato proposto da Tooby e Cosmides in contrapposizione o sostituzione del Modello Standard delle Scienze Sociali, la cultura è definita come “l’artefatto prodotto da evoluti meccanismi psicologici situati in individui che vivono in gruppo. La cultura e il comportamento sociale umano sono variabili complesse, ma non perché la mente umana sia un prodotto sociale [...]. Al contrario, la cultura umana e il comportamento sociale sono riccamente variabili perché generati da un incredibilmente intricato insieme contingente di programmi funzionali che utilizzano ed elaborano informazione dal mondo, compresa l’informazione che è fornita, sia intenzionalmente sia non intenzionalmente, da altri esseri umani” (Tooby & Cosmides, 1992, p. 24).

Meccanismi di elaborazione dell’informazione specifici per contenuto producono almeno alcuni degli aspetti più rilevanti della cultura umana, inclusi comportamenti, artefatti e rappresentazioni trasmesse oralmente. Tali contenuti vengono adottati o modificati dai meccanismi psicologici posseduti dagli altri membri del gruppo e questo dà luogo a processi che si situano ad un livello epidemiologico e di storia delle popolazioni (Tooby & Cosmides, 1992). Il punto centrale della concezione della cultura umana nell’ambito della psicologia evoluzionista è che i meccanismi psicologici di ciascun individuo producono output che, presi nel loro insieme, definiscono la ‘cultura privata’ di quell’individuo; le reciproche interazioni delle culture private di più individui che vivono in gruppo conducono a schemi di similarità trasversali agli individui e che sono identificabili come la cultura del gruppo (Tooby & Cosmides, 1989).

Nel Modello Standard delle Scienze Sociali, particolarmente nell’antropologia classica, la cultura è intesa come una caratteristica dei gruppi, più che degli individui, ed è costituita, in estrema sintesi, da un insieme di pratiche condivise dagli individui che ne fanno parte. Lo stesso mantenimento e la trasmissione della cultura avvengono ad opera del gruppo, attraverso le generazioni e per mezzo dell’apprendimento, che ha l’obiettivo di far sì che ciascuno dei piccoli del gruppo sia, una volta adulto, simile all’adulto ‘tipo’ del gruppo stesso. È il gruppo a imporre ai suoi membri le modalità e i contenuti dei processi di socializzazione e l’individuo è un mero recettore passivo di cultura, della quale costituisce

un prodotto: “Le caratteristiche di una cultura particolare, sono il risultato di processi emergenti a livello di gruppo, le cui determinanti sorgono a livello di gruppo e la funzione, come un processo superorganico, è separato dalla psicologia degli individui.” (Tooby & Cosmides, 1989, p. 43).

In questa visione, gli eventuali aspetti innati del comportamento hanno un valore trascurabile, dal momento che è largamente condivisa la presunzione di irrilevanza degli aspetti di predeterminazione genetica nei diversi aspetti del comportamento umano. Inoltre, il concetto ‘forte’ sembra essere quello di apprendimento, di per sé sufficiente a spiegare sia la trasmissione della cultura sia i processi di socializzazione (ma non, come si è visto, di rispondere alla domanda su cosa sia la cultura). Dal momento che tutto si spiega attraverso la ‘capacità per la cultura’ e che la flessibilità comportamentale umana è considerata come praticamente illimitata, in quanto affatto condizionata da vincoli biologici, qualsiasi indagine sulle basi psicologiche di tale capacità non può che essere accantonata come irrilevante.

Nella psicologia evoluzionistica le cose stanno in maniera radicalmente diversa, a partire dal fatto che è completamente rigettato l’assunto per cui l’individuo sia un recipiente passivo di cultura, super-imposta dal gruppo di appartenenza: il fatto che la grande maggioranza dei membri di qualsiasi gruppo umano abbia spesso un gran numero di interessi reciprocamente conflittuali difficilmente può conciliarsi con l’esistenza di una pressione selettiva evoluzionistica che si sarebbe limitata a modellare, a livello psichico, unicamente una generica e aspecifica capacità per la cultura. Se, come fanno notare Tooby e Cosmides (1989, p. 44) la psiche evolve non per dar luogo, ripetitivamente, alla stessa condotta, perfettamente tramandata di generazione in generazione, ma per produrre comportamenti adattivi, il ruolo dell’individuo, così come della variabilità individuale, non può essere così marginale come fino ad ora si è creduto. Pertanto, i meccanismi psichici di ciascun essere umano inserito in un gruppo vaglieranno criticamente diverse fonti di informazione, al fine di costruire la propria ‘cultura privata’ o il proprio ‘sistema adattivo cucito individualmente’: il comportamento dei conspecifici sarà una tra le opzioni disponibili e l’eventualità che le condotte del singolo riflettano quelle di altri membri del gruppo sarà solo una tra quelle possibili. I gruppi sociali stessi, inoltre, non sono un dato di fatto, un *a priori* che non richiede spiegazioni, ma sono, piuttosto, il risultato di meccanismi psicologici evoluti situati in individui adattati a vivere in gruppo. L’unico sistema che non richiede spiegazioni è l’individuo in quanto tale e il livello grupale non ha di per sé una priorità o maggior

forza esplicativa. Dal momento che gli individui non sono cloni gli uni degli altri, “i gruppi sociali saranno arene di conflitto e di cooperazione”. Laddove esistono conflitti tra interessi divergenti e, spesso, contrapposti, è impossibile individuare una soluzione ottimale per tutte le parti in causa o la ‘soluzione adattiva’ che metta d’accordo tutti. Ciò permette di comprendere il motivo per cui “le caratteristiche condivise di una cultura sono il risultato di una negoziazione interindividuale” e che la possibilità di influenzare gli elementi culturali condivisi non è limitata alle sole classi dominanti all’interno dei gruppi ma riguarda tutti gli individui coinvolti nella negoziazione. Ogni contesto sociale presenterà diversi tipi di individui e diversi gruppi al suo interno, tali che ciascuno di essi condividerà alcuni elementi culturali comuni (Tooby & Cosmides, 1989, p. 45).

Come si è già sostenuto sopra, “la psicologia cognitiva e la biologia evolutivista sono discipline sorelle. L’obiettivo della teoria evolutivista è quello di definire i problemi adattivi che gli organismi devono essere capaci di risolvere. L’obiettivo della teoria psicologica è di scoprire i meccanismi di elaborazione dell’informazione che si sono evoluti per risolverli. [...] Scoprire come funziona la mente è il terreno di lavoro necessario per comprendere le risultanti dinamiche sociali e culturali” (Tooby & Cosmides, 1989, pp. 46-47).

Nella cornice concettuale della teoria evolutivista e trattando di psicologia cognitiva, di fronte ad un qualsiasi dato culturale (comportamento, atteggiamento, credenza, ecc.) è, dunque, necessario porsi almeno due ordini di problemi o questioni:

1. in primo luogo, premesso che la dicotomia natura/cultura è priva di senso o di capacità euristica nell’ambito di un approccio che riconduce alla dimensione biologica i fenomeni psicologici e, dunque, non è utile chiedersi se un determinato comportamento o credenza o atteggiamento sia da riferire all’uno o all’altro dei due poli della dicotomia stessa, ciò che invece è certamente rilevante è lo studio dell’ampiezza della distribuzione di un particolare elemento culturale nella popolazione e delle modalità della sua trasmissione/modificazione, ovvero quel che Sperber, fondandola, chiama ‘epidemiologia delle rappresentazioni’ (1985).
2. In secondo luogo, dal momento che le rappresentazioni così come le credenze sono elementi del comportamento umano e che questo è il frutto dell’interazione complessa dei meccanismi psicologici che costituiscono la mente umana, a loro volta espressione di processi adattivi compiutisi in un tempo di evoluzione straordinariamente esteso, è cer-

tamente opportuno chiedersi quali siano i meccanismi psicologici sottostanti a quell'elemento, a quale funzione rispondano e in quali condizioni ambientali – ovvero, in quale ambiente di adattamento evoluzionistico – si siano manifestati, individuando i vantaggi che la loro adozione ha eventualmente prodotto.

Prendendo in considerazione l'approccio della psicologia evoluzionistica e sulla base delle questioni appena elencate, assume rilevanza il chiedersi se dietro la diversità degli atteggiamenti nei confronti delle persone disabili e dietro ai diversi modelli culturali di disabilità non si possano riscontrare vincoli cognitivi umani universali e specie specifici. In questo senso, o la disabilità – intesa come esito di un processo di categorizzazione – o alcuni modelli di essa potrebbero rivelarsi come degli universali umani, o come espressioni di essi che, a loro volta, generano manifestazioni culturalmente distinte in cui si descrive e si storicizza, di volta in volta, un modello culturale di disabilità.

2. Obiettivi e ipotesi della ricerca

Lo scopo del lavoro di ricerca qui presentato è quello di elaborare un paradigma sperimentale che possa indicare in quale misura i modelli di disabilità, che orientano la categorizzazione della realtà, siano riconducibili a fattori contestuali e/o a vincoli cognitivi di tipo universale. Qualora fosse possibile riscontrare l'esistenza di vincoli cognitivi che definiscono o limitano la diffusione e l'adozione dei modelli, infatti, essi richiederebbero di essere rappresentati in uno schema di elaborazione che renda conto non solo della sua funzione e dei suoi meccanismi di funzionamento, ma anche ipotizzi il tipo di pressioni selettive evolutive che ne hanno reso vantaggiosa la strutturazione. Inoltre, qualora fosse riscontrabile l'origine innata di taluni elementi costitutivi dei modelli di disabilità, ossia la cui trasmissione non dipendesse direttamente dalla cultura di appartenenza, sarebbe altresì opportuno porsi la questione di quale sia la relazione esistente tra tali elementi e la variabilità culturale dei modelli stessi.

Che i modelli di disabilità siano differentemente diffusi a livello socio culturale è una evidenza spesso sottolineata, assieme al riconoscimento dell'indiscussa prevalenza del modello medico/individuale su qualsiasi altro all'interno dei più vari contesti socio culturali (Ayers, 2007; Fisher &

Goodley, 2007; Reeves, 2005; Swain & French, 2000). Tale prevalenza sembra essere, inoltre, confermata anche dagli studi che indagano la forza delle associazioni implicite tra categorie semantiche contrapposte (p.e.: disabile/abile) e attributi dimensionali polari (p.e.: buono/cattivo). La disabilità non può essere definita, di per sé, come un contenuto implicito, ma che ciò che emerge a tale livello sia riconducibile ad almeno una delle declinazioni culturali della disabilità, è stato il risultato a cui sono giunte alcune ricerche precedentemente condotte anche da chi scrive nell'ambito del paradigma di ricerca delle associazioni implicite (Federici & Meloni, 2008, 2009) e nelle quali è stato rilevato che le polarità dimensionali 'buono – cattivo' e 'sano – malato' hanno un'importante forza esplicativa sulla categorizzazione della disabilità: le persone tendono a considerare, almeno nell'ambito di processi cognitivi impliciti, la disabilità come 'più cattiva' e 'più malata' della cosiddetta 'normalità'. Sulla base di questo riscontro, peraltro già evidenziato in altri studi (Park et al., 2003) è possibile ipotizzare che il modello medico/individuale di disabilità sia il prodotto di uno o più meccanismi cognitivi di relativamente bassa complessità e capaci di generare costrutti culturali più plausibili cognitivamente e più disponibili, perché più intuitivi, rispetto agli altri modelli e, perciò, più diffusi.

Al fine di raggiungere lo scopo dichiarato in apertura di questo paragrafo, e sulla scorta degli studi già effettuati sui contenuti impliciti associati con maggior forza alla categoria semantica della 'disabilità', si è ritenuto utile adottare due differenti paradigmi di ricerca, orientati all'indagine di due diversi aspetti della questione:

1. un paradigma, mutuato dall'ambito dell'epidemiologia delle rappresentazioni, volto a indagare il peso relativo dei fattori contestuali e dei vincoli cognitivi nei diversi modelli di disabilità e
2. un paradigma orientato all'indagine di aspetti architetture dei processi cognitivi sottesi alle rappresentazioni della disabilità che i diversi modelli interpretano culturalmente.

La scelta e l'elaborazione dei paradigmi, determinata dagli scopi della ricerca, sono connesse a due principali obiettivi.

1. Il primo obiettivo del lavoro sperimentale è quello di indagare quanto di un determinato modello di disabilità creduto da un individuo o che ne permea in modo rilevante il livello rappresentazionale, sia riconducibile all'ambiente o meno e, quindi, in che misura sia influenzato dall'educazione ricevuta o dal contesto sociale e culturale in cui quell'individuo si è sviluppato o è cresciuto.

Il modo in cui le persone si rappresentano la disabilità, per lo meno quella manifesta, potrebbe essere generato, in tutto o in parte, da un substrato valoriale più profondo e meno dipendente dalle influenze ambientali e socio culturali contingenti ed avere, dunque, un carattere universale. Il fatto che uno o più modelli di disabilità, o alcuni loro elementi, siano espressione più di vincoli cognitivi che di informazioni disponibili nel contesto socio culturale, dovrebbe potersi osservare facilmente mettendo a confronto le credenze dei bambini e dei loro genitori sulla disabilità, ovvero rilevando che le credenze di bambini riconducibili a tali modelli risultano significativamente indipendenti dalle credenze, dalle spiegazioni e dai contenuti educativi espressi dai loro genitori. Ciò significherebbe che i modelli di disabilità – solo uno, alcuni o tutti – potrebbero essere considerati come espressioni culturalmente determinate, ovvero declinazioni storiche e sociali, di uno o più elementi universali considerati generativi. Diversamente, se le spiegazioni della disabilità fornite dai bambini fossero espressamente riconducibili a fonti di analogia identificabili nel contesto, dovranno allora seguire un andamento altamente correlato con le credenze, i contenuti e le pratiche educative riferibili ad esso. In tal caso, nessuna inferenza sarebbe possibile sull'esistenza di eventuali elementi universali.

2. Il secondo obiettivo della ricerca è quello di indagare l'esistenza ed il funzionamento di un ipotetico meccanismo cognitivo di cui le rappresentazioni riferibili al modello medico di disabilità costituirebbero, in una qualche misura, l'espressione, sulla base dei riscontri individuati negli studi sopra citati.

Il tipo di meccanismo, di cui si ipotizza qui l'esistenza, riguarda la connessione tra la disabilità, la malattia e l'emozione del disgusto. Come si è già visto, la disabilità risulta essere implicitamente associata alla malattia. A sua volta, il disgusto, la cui espressione facciale è universalmente riconosciuta, sembra essersi originato come difesa contro gli attacchi di microbi e come protezione dal rischio delle malattie (Curtis, Aunger, & Rabie, 2004; Megan Oaten, Richard J Stevenson, & Trevor I Case, 2009; Porzig-Drummond, Stevenson, Case, & Oaten, 2009). Oltre a ciò, anche la sensibilità alla contaminazione da agenti patogeni è stata riscontrata come predittiva di un più basso tasso di infezione (Stevenson, Case, & Oaten, 2009). In ogni caso, va tenuto presente che il contatto frequente con stimoli disgustosi abbassa il livello di disgusto (Stevenson et al., 2009) e che la reazione di disgusto può essere superata dalla necessità di affrontare altre necessità adattive (Buss, 2012). Pertanto, qualora si manifestasse una cor-

relazione tra le dimensioni implicitamente riconducibili al modello medico (disabilità = cattiva = malattia) da un lato, e sia la percezione individuale di vulnerabilità alle malattie sia il grado di sensibilità individuale al disgusto dall'altro, la larga diffusione culturale del modello medico troverebbe ragione in un meccanismo naturale automatico di riconoscimento emotivo dell'alterità della persona disabile come disgustosa che motiverebbe il comportamento di evitamento sociale.

In relazione agli obiettivi individuati è possibile avanzare alcune predizioni:

1. La misura in cui le rappresentazioni della disabilità, in tutto o in parte, siano riconducibili a elementi generativi di tipo universale, dovrebbe emergere, in uno studio di epidemiologia delle rappresentazioni di tipo intergenerazionale, dall'impossibilità di ricondurre inequivocabilmente e linearmente le credenze sulla disabilità dichiarate dai bambini a quelle professate dai genitori, ovvero non dovrebbe poter essere identificata una diretta relazione di corrispondenza tra di esse. In altri termini, se un'importante fonte di informazione contestuale per i bambini, quale è l'educazione genitoriale, non permeasse in modo chiaro e univoco le credenze dei bambini sulla disabilità, la probabilità che gli stimoli in entrata appartenenti a quel dominio siano categorizzati sulla base di informazioni o di fonti analogiche di altro tipo (p.e.: contenuti innati) risulterebbe chiaramente aumentata. Fermo restando che una parte consistente dei comportamenti umani è l'esito complesso di fattori innati modellati dalle circostanze ambientali, l'esclusione, in tutto o in parte, del ruolo di una delle più importanti fonti di informazione per i bambini nello strutturarsi delle loro credenze sulla disabilità, giustificherebbe l'assunzione di una particolare forza dei contenuti di tipo innato – e quindi universale – nella formazione di tali rappresentazioni (per lo meno nell'infanzia). Questo, però, sarebbe a sua volta fonte di ulteriori problemi da risolvere. La presenza di modelli esplicativi differenti nei bambini e nei genitori, infatti, richiederebbe una spiegazione, relativa al come avvenga il transito dal modello di disabilità professato nell'infanzia a quello proprio dell'età adulta. In tal caso, una spiegazione possibile chiama in causa non tanto o non solo l'apprendimento, ma anche la maturazione, in termini di quantità, di complessità e di astrazione, di altri meccanismi psicologici evoluti che, come la dentizione o lo sviluppo del seno per l'organismo fisico, si attivano solo ad un certo stadio dello sviluppo e non prima (Tooby & Cosmides, 1992, p. 33). Ad esempio, le capacità empatiche, l'altruismo o l'attitudine alla coopera-

zione sono caratteristiche psicologiche che maturano nel corso dello sviluppo ma che sono scarsamente rilevabili nella prima infanzia. Al contrario, nei bambini possono essere osservati comportamenti che sembrano significativamente connessi a pericoli ancestrali, propri dell'ambiente di adattamento evolutivo, fra questi, la paura degli animali, accompagnata da una sofisticata comprensione della dinamica predatore-preda (Barrett, 1999) o la paura degli estranei, specialmente maschi (Heerwagen & Orians, 2002) o, ancora, la capacità di compiere ragionamenti transitivi sulla dominanza e sulle gerarchie sociali prima che in altri ambiti (Cummins, 1998). In altre parole, non tutte le fonti di informazione ambientale possono essere indifferentemente elaborate, a prescindere dai vincoli cognitivi che i processi di maturazione impongono, rendendo gli stimoli ambientali diversamente salienti in ragione delle differenti fasi dello sviluppo.

Premesso tutto ciò, quel che è ipotizzabile che accada è:

- 1.1. di osservare una differenza significativa tra le credenze dei bambini e quelle dei genitori in relazione alla disabilità, con una più consistente adesione dei bambini ad un modello di tipo medico, più intuitivo e cognitivamente disponibile, e dei genitori ad un modello di tipo sociale, controintuitivo ma più rispondente a esigenze valoriali connesse all'età adulta;
 - 1.2. di osservare differenze significative tra i bambini nell'adesione ai diversi modelli in funzione dell'età; se vero, questo dovrebbe permettere:
 - 1.2.1. di osservare una correlazione tra il livello delle conoscenze e la quantità di informazioni possedute dai bambini sulla disabilità e l'adesione ad un determinato modello di disabilità;
 - 1.3. di osservare un'assenza di correlazione nei bambini tra l'adesione ad un determinato modello e il tipo di attività preferite nel tempo libero;
 - 1.4. di osservare una assenza di correlazione tra l'adesione dei bambini ad un determinato modello e il tipo di attività che i genitori preferiscono venga svolta dai bambini nel tempo libero;
 - 1.5. di osservare un'assenza di correlazione tra l'adesione dei bambini ad un determinato modello e il tipo di spiegazione fornita dai genitori sulla disabilità.
2. Allo stato delle conoscenze attuali, l'esistenza di uno specifico meccanismo psicologico che sia in grado di originare le rappresentazioni della

disabilità culturalmente elaborate nel modello medico, dovrebbe, nel suo ipotetico funzionamento, correlare la disabilità – specialmente fisica – con il disgusto e la vulnerabilità percepita alle infezioni patogene. In altri termini, lo stimolo rappresentato da una condizione di disabilità dovrebbe elicitarne una risposta emotiva di disgusto accompagnata da un comportamento di allontanamento o evitamento dello stimolo stesso.

Premesso ciò, quel che è ipotizzabile che accada è:

- 2.1. di osservare una correlazione positiva tra la vulnerabilità percepita alle infezioni e i livelli di disgusto;
- 2.2. di osservare una correlazione positiva tra la forza dell'associazione implicita disabilità/malattia, i livelli di disgusto e la vulnerabilità percepita alle infezioni;
- 2.3. di osservare una correlazione positiva tra la forza dell'associazione implicita disabilità/spiacevolezza, i livelli di disgusto e la vulnerabilità percepita alle infezioni;
- 2.4. di osservare una correlazione negativa tra il livello di disgusto e la vulnerabilità percepita alle infezioni, da un lato, e il livello di contatto con la disabilità, dall'altro.

3. Il paradigma epidemiologico: i modelli di disabilità tra vincoli contestuali e vincoli cognitivi.

3.1. Gli studi di Margaret Evans sulla diffusione del creazionismo e dell'evoluzionismo tra i bambini

Tra il 2000 e il 2001 due indagini di Margaret Evans (2000a, 2000b, 2001) presentarono un complesso paradigma teso ad indagare l'emergere e la diffusione delle credenze sull'origine delle specie in comunità scolastiche cristiane sia fondamentaliste che non fondamentaliste. Attraverso un disegno misto qualitativo-quantitativo, Evans mise a confronto le credenze sull'origine della specie di figli e genitori partendo dal presupposto che la diffusione delle credenze evoluzioniste e creazioniste nella popolazione generale fosse indicativa non solo della loro disponibilità culturale ma anche della loro plausibilità cognitiva. Nel suo studio Evans espone i due punti di vista prevalenti nel dibattito relativo alla diffusione sociale e cultu-

rale del creazionismo e dell'evoluzionismo: da un lato, il fatto che il creazionismo sia intuitivamente plausibile e, al contrario, che l'evoluzionismo sia intuitivamente opaco, suggerirebbe che siano vincoli di natura cognitiva a favorire o limitare l'adozione delle due spiegazioni; dall'altro, la larga diffusione delle due credenze sarebbe funzione unicamente di fattori sociali e culturali. Nel primo esperimento del suo primo studio, condotto in una città statunitense sede universitaria, Evans riscontrò che i bambini più piccoli, tra i 5 e i 7 anni, esprimono credenze sulle origini delle specie improntate sia al creazionismo che alla generazione spontanea, i bambini tra gli 8 e i 10 anni sono esclusivamente creazionisti, mentre i bambini tra i 10 e i 12 anni manifestano, nella stragrande maggioranza, opinioni di stampo evoluzionista. Nel secondo esperimento, realizzato con soggetti residenti in aree suburbane e rurali, i risultati furono pressoché identici a quelli del primo studio, salvo il dato riguardante i bambini più grandi (10-12 anni) e i loro genitori, per i quali, a differenza della prima ricerca, emergeva una divisione pressoché a metà tra evoluzionisti e creazionisti (una distribuzione peraltro omogenea rispetto a quella rilevata da sondaggi condotti su campioni più ampi di popolazione). Quel che, dunque, emergeva dagli studi di Evans era una sostanziale convergenza tra le credenze dei preadolescenti e quelle dei loro genitori, mentre tale correlazione non si osservava in riferimento alle rappresentazioni dei più giovani. La spiegazione, sosteneva Evans, può risiedere nel fatto che nei bambini più piccoli la comprensione della biologia è limitata a meccanismi come la nascita o la crescita, ma non è ancora in grado di affrontare la cosiddetta 'questione esistenziale' ovvero il fatto che un particolare tipo di entità vivente sia stata, precedentemente, non esistente. La capacità di concepire questa possibilità spiegherebbe l'abbandono, nella seconda fascia di età, delle credenze sulla generazione spontanea in favore di quelle creazioniste che assicurerebbero la stabilità delle specie ed esprimerebbero una maggiore coerenza esplicativa.

Un anno dopo, Evans (2001) presenta i dati di un nuovo studio nel quale la comparsa e la distribuzione delle credenze sulle origini delle specie è indagata in due differenti comunità scolastiche, una cristiana fondamentalista e l'altra non fondamentalista. Anche in questo caso, i preadolescenti adottano spiegazioni coerenti con quelle dei genitori, creazioniste o evoluzioniste; i bambini tra gli 8 e i 10 anni sono esclusivamente creazionisti, indipendentemente dalla comunità di appartenenza mentre i bambini più piccoli, tra i 5 e i 7 anni, esprimono credenze creazioniste se provengono da scuole fondamentaliste, mentre adottano spiegazioni miste, creazioniste e

generazioniste spontanee, se appartengono a scuole non fondamentaliste. La conoscenza di argomenti di storia naturale e gli interessi religiosi predicono, rispettivamente, le credenze evoluzioniste o creazioniste dei bambini, indipendentemente dalle credenze dei genitori. La coerenza dei sistemi di credenza creazionista o evoluzionista dei genitori risulta correlata con la saturazione ambientale, con i valori, le usanze, le credenze e le abitudini corrispondenti, che servono da vincolo all'espressione delle credenze dei bambini. A loro volta, le possibilità che i bambini accedano alle fonti di analogia presenti nell'ambiente sociale e naturale sono limitate dal potenziale induttivo delle ontologie intuitive infantili. Evans spiega i risultati delle sue ricerche ricorrendo a un modello di interazionismo costruttivo: i bambini producono credenze intuitive sulle origini delle specie, sia naturali che intenzionali, mentre le comunità di appartenenza favoriscono certe rappresentazioni inibendone altre, dando dunque luogo a diversi sistemi di credenza.

3.2. Ragioni dell'adozione del paradigma di Evans

La ragione per cui si è fatto ricorso al paradigma di Evans in questo lavoro di ricerca risiede in alcuni obiettivi e in alcune caratteristiche comuni tra il presente studio e quello di Evans:

1. l'obiettivo di indagare la diffusione, tra la popolazione e, in particolare, tra i bambini in età scolare, di credenze e idee che si presentano in opposizione e fortemente polarizzate; secondo Evans la polarizzazione è tra le teorie creazioniste e quelle evoluzioniste, mentre secondo il modello teorico sotteso alla presente ricerca l'oggetto di indagine sono i due modelli opposti di disabilità medico e sociale;
2. il fatto che, per quanto le due credenze si rivelino largamente incompatibili, almeno a livello di rappresentazione pubblica, entrambe riscontrino un largo e diffuso supporto. Così come universalmente condiviso, il modello medico e il modello sociale rappresentano due prospettive sulla disabilità intorno alle quali si è sviluppato un forte e acceso dibattito relativamente alla legittimità e alle implicazioni – politiche, sociali, economiche e culturali – dell'una e dell'altra;
3. analogamente al rapporto tra creazionismo ed evoluzionismo, quello tra il modello medico e il modello sociale di disabilità presenta caratteristiche simili in termini di disponibilità sociale e cognitiva. Mentre il

modello medico, come il creazionismo, appare intuitivo e cognitivamente plausibile, il modello sociale implica un rovesciamento dell'approccio medico e, dunque, per quanto la sua opacità cognitiva non sia paragonabile a quella dell'evoluzionismo – più simile, quest'ultimo, al modello biopsicosociale – è certamente controintuitivo per diversi aspetti;

4. dati i punti precedenti, anche per il modello medico e il modello sociale – come per il creazionismo e l'evoluzionismo – ci si chiede in che misura l'adozione dell'una o dell'altra prospettiva sia funzione di fattori educativi e socio-culturali e quanto sia più o meno facilitata, e in che misura, da vincoli di carattere cognitivo.

3.2 Descrizione del paradigma di Evans adattato agli scopi della ricerca

Il paradigma consiste, complessivamente, di otto prove, quattro per il genitore e quattro per il bambino. Per gli scopi del presente studio, è stata rispettata la forma degli strumenti ideati da Evans, mentre i contenuti sono stati completamente riadattati all'oggetto dell'indagine:

1. Prove per gli adulti in ordine di somministrazione (Appendice 1A):
 - a) *Spiegare la disabilità ai figli*: questionario sul modo in cui i genitori spiegano la disabilità ai bambini;
 - b) *Spiegare la disabilità* (Questionario a risposte aperte): questionario a risposte aperte sul modo in cui i genitori si spiegano la disabilità;
 - c) *Spiegare la disabilità* (Questionario a risposte chiuse): questionario a risposte chiuse sul modo in cui i genitori si spiegano la disabilità;
 - d) *Interessi e attività dei bambini incoraggiate dai genitori*;
2. Prove per i bambini in ordine di somministrazione (Appendice 2A):
 - e) *Interessi e attività dei bambini*;
 - f) *Spiegare la disabilità* (Questionario a risposte aperte): questionario a risposte aperte sul modo in cui i bambini si spiegano la disabilità;
 - g) *Spiegare la disabilità* (Questionario a risposte chiuse): questionario a risposte chiuse sul modo in cui i bambini si spiegano la disabilità;
 - h) *Scala delle conoscenze dei bambini*.

Spiegare la disabilità ai figli

Si tratta di un questionario elaborato per evidenziare possibili variazioni nel modo in cui i genitori spiegano le loro credenze e opinioni sulla disabilità con riferimento a soggetti realmente disabili, a soggetti socialmente emarginati o marginalizzati ma non realmente disabili e ad animali vittime di catastrofi causate dall'uomo. L'utilizzo del modello medico o del modello sociale per la spiegazione della disabilità in riferimento ai diversi soggetti potrebbe avere a che fare con diversi fattori: l'ambiente socio culturale di provenienza delle persone e il loro grado di istruzione, i pregiudizi sulla disabilità e sulla diversità in generale, le fonti di analogia disponibili. È, infatti, possibile che per spiegare la disabilità con riferimento a soggetti disabili o emarginati i genitori facciano ricorso più facilmente al modello medico rispetto al modello sociale.

Il questionario è composto da 10 item per 5 stimoli di immagini (Appendice 1B) che ritraggono alcuni esseri animati con disabilità manifeste o appartenenti a categorie sociali che comunque sono riconducibili a minoranze emarginate: (i) un disabile fisico; (ii) una persona down; (iii) un barcone di migranti; (iv) due gay che si baciano; (v) un pellicano ricoperto di petrolio. A ciascuna immagine sono associate 12 affermazioni (4 riconducibili al modello medico, 4 al sociale e altre 4 al biopsicosociale) per ognuna delle quali i soggetti devono indicare con quale probabilità potrebbero utilizzarla come spiegazione alla domanda "cosa è la disabilità" fatta dal loro figlio in riferimento all'immagine in esame. Le risposte vengono date su una scala a 5 punti (1 corrisponde a "mai", 3 a "potrei" e 5 a "sempre") (Appendice 1).

Spiegare la disabilità – Questionario a risposte aperte

I due questionari a risposte aperte, uno per i genitori e uno per i bambini (Appendici 1A e 2A), hanno lo scopo di raccogliere le credenze e le opinioni liberamente espresse dai soggetti riguardo al motivo per il quale una persona disabile possa incontrare difficoltà nella vita. Ai soggetti sono presentate, una per volta, quattro immagini che raffigurano un uomo su una sedia a rotelle, una donna cieca, un bambino autistico e una donna normodotata (Appendice 1C). Per ciascuna immagine i soggetti devono rispondere alla domanda: "Perché Xy (la persona raffigurata, a cui è dato

convenzionalmente un nome) ha difficoltà nella vita?”¹. I bambini rispondono oralmente e le loro affermazioni vengono audioregistrate mentre i genitori scrivono le loro risposte sugli spazi appositi nel questionario.

Tutte le risposte vengono quindi classificate riconducendole a 9 categorie – (i) modello etico, (ii) modello estetico, (iii) modello religioso, (iv) modello individuale, (v) modello ambientale, (vi) modello socio-relazionale, (vii) modello biopsicosociale, (viii) altro, (ix) non so – sulla base dei seguenti criteri:

1. *Modello Etico*: Si classificano in questo modello le espressioni che giudicano l’individuo come responsabile in senso etico/morale individuale della propria disabilità. Si distingue dal modello religioso perché il giudizio di bontà/cattiveria, responsabilità/irresponsabilità non è eteronomo, ossia affidato alla Vita, Dio, o altre forze superiori all’essere umano.
 - a. *Esempio 1: “perché è stato cattivo”*. Giudizio etico negativo nel quale è evidente che la disabilità è ricondotta a una condotta morale della persona.
 - b. *Esempio 2: “con volontà e tenacia può raggiungere i suoi obiettivi”*. Giudizio etico positivo nel quale è evidente che si riconduce alla condotta morale della persona la qualità della sua vita.
 - c. *Esempio 3: “perché i suoi genitori sono stati cattivi”*. Giudizio etico negativo nel quale si fa ricadere sull’individuo una colpa per una

¹ La parola ‘difficoltà’, introdotta nella domanda, ripetuta per tutti gli stimoli, è volutamente equivoca, perché può riferirsi sia al fatto di avere difficoltà perché la persona è disabile (e quindi introdurre un *bias* che è quello che associa la disabilità alla difficoltà) oppure alla condizione umana che, di per sé, non può essere priva di difficoltà e, per tale motivo, ha senso porla anche in una condizione di normalità. In questo criterio universale, la parola ‘difficoltà’ è inclusiva. In ogni caso, qualunque sia l’interpretazione che viene data alla parola ‘difficoltà’ dal soggetto rispondente essa descrive il modello rappresentazionale sottostante, che è esattamente la ragione della domanda. Per questo motivo, l’obiettivo dell’item non risiede tanto nell’individuare le specificità del caso sul quale si chiede di esprimere un giudizio, ma proprio nel modo in cui le persone interpretano la domanda, ovvero ‘perché ha difficoltà nella vita’. A conferma della correttezza della costruzione di questi item, anche quando una persona negasse l’esistenza di una difficoltà esprimerebbe comunque un modello di disabilità che, se riferito al caso dello stimolo della persona normodotata, sarebbe un modello medico, ovvero l’assenza di uno stigma fisico equivale a un’assenza di difficoltà.

condotta morale di familiari. Non viene classificato come religioso solo perché non si fa riferimento a forze spirituali o religiose o soprannaturali, seppure la responsabilità individuale della persona è eteronoma.

2. *Modello Estetico*: Si classificano in questo modello le espressioni che giudicano l'individuo dal suo aspetto esteriore: bellezza/bruttezza. Non rientrano in questa categoria giudizi legati alle condizioni di classe sociale o economica (povertà, emarginazione, condizione lavorativa, classe sociale o politica). Questi giudizi rientrano nel modello sociale. Nel caso particolare di una espressione come *"perché è omosessuale"* può essere classificato nel modello sociale e socio-relazionale qualora l'espressione sia stata usata all'interno di un contesto di pregiudizio sociale. Rientra invece nella categoria etica se si evince un giudizio di condotta individuale.
 - a. *Esempio 1: "perché è deforme"*. Giudizio estetico riconducibile meramente all'aspetto fisico dell'individuo.
3. *Modello Religioso*: Si classificano in questo modello le espressioni che rinviano la responsabilità della condizione di disabilità a una forza esterna spirituale, vitalistica, religiosa: Dio, Vita, Karma, Natura, Fato e ogni altra caratteristica umana *"secondo Natura"*. Rientrano in questa categoria tutte le forme popolari di massime, aforismi, detti, proverbi in quanto rimandano a forze eteronome e non riconducibili alla responsabilità degli individui o della società nonché a credenze sulla naturalità di razza, genere, orientamento sessuale, colore della pelle. Non rientrano in questa categoria tutti i giudizi che riconducono alla responsabilità individuale, umana o sociale la condizione di disabilità.
 - a. *Esempio 1: "la vita ci pone sempre di fronte a grandi ostacoli"*. Giudizio religioso in quanto la responsabilità della condizione individuale è ricondotta all'esterno della persona in una forza superiore quale la Vita.
 - b. *Esempio 2: "le difficoltà fanno parte dell'esistenza"*. Come sopra.
 - c. *Esempio 3: "le donne sono più disabili degli uomini"*. Seppure questa espressione potrebbe essere riconducibile anche ad un modello ambientale, tuttavia, se dal contesto si evince una credenza deve essere ricondotta alla classe del *"secondo Natura"*.
4. *Modello Individuale*: Si classificano in questo modello le espressioni che riconducono a una condizione individuale di salute le cause della disabilità. Rientrano in questa categoria anche giudizi su un qualunque malfunzionamento individuale. Non rientrano in questa categoria chiari

rimandi a contenuti etici, dove la responsabilità è sulla condotta e non sulla condizione di salute.

- a. *Esempio 1: "perché non cammina bene"*. Giudizio medico-individuale che riconduce la disabilità a una causa di malfunzionamento dell'individuo anche se non specifica la malattia.
 - b. *Esempio 2: "perché non può fare quello che fanno gli altri"*. La ragione della disabilità è riconducibile a un funzionamento individuale che non corrisponde allo standard di normalità.
 - c. *Esempio 3: "perché non si capisce quando parla"*. La ragione della disabilità è riconducibile a una incapacità individuale e non sociale (p.e., gli altri non lo capiscono).
5. *Modello Ambientale*: Si classificano in questo modello le espressioni che attribuiscono la condizione di disabilità a cause esterne all'individuo e riconducibili all'ambiente architettonico e culturale (barriere, norme, regolamenti, ecc.). In genere, è un buon indizio di appartenenza a questo modello la costruzione passiva della frase o la descrizione di una condizione subita dall'individuo disabile. Non rientrano in questa categoria cause esterne classificabili come religiose o riferibili ad atteggiamenti sociali e pregiudizi culturali che caratterizzano le relazioni umane.
- a. *Esempio 1: "le donne sono più ostacolate degli uomini"*. Si tratta di una evidente barriera culturale legata alle differenze di genere.
 - b. *Esempio 2: "se sei deforme sei fatto fuori"*. Da non confondere con il modello estetico in quando la condizione di disabilità è subita dall'individuo. Tuttavia dal contesto si potrebbe evincere anche la appartenenza di questa espressione al modello medico per la deviazione dell'individuo da un criterio standard di normalità.
 - c. *Esempio 3: "la società è tarata sulle persone abili"*. Espressione chiaramente appartenente al modello ambientale.
6. *Modello Socio-relazionale*: Questa classe ha tutte le caratteristiche della precedente. Si distingue per il suo riferimento esplicito ad atteggiamenti e pregiudizi che caratterizzano le relazioni interumane piuttosto che a norme o barriere. Non rientrano in questa categoria cause esterne classificabili come barriere, norme e regolamenti.
- a. *Esempio 1: "verrà discriminato dalla gente che non lo considererà normale"*. Come nel precedente modello ambientale l'individuo subisce una condizione. Si distingue dall'ambientale perché la ragione della condizione di disabilità subita e riconducibile a ragioni socio-relazionali.

7. *Modello Biopsicosociale*: È la classe attualmente meno comune e di difficile individuazione in quanto, facendo riferimento ad un modello composito, prevede un'articolazione del concetto in espressioni complesse, multimodali e di approccio olistico. Caratterizza questo modello una affermazione della disabilità come esito complesso e interagente dei modelli medico, ambientale e socio-relazionale con un chiaro riferimento al funzionamento individuale (salute o malattia). Non va confuso con la semplice compresenza dei modelli medico, ambientale e socio-relazionale se non posti in una chiara interazione multifattoriale, ma restando come giustapposti e indipendenti. Criteri di chiara esclusione sono la presenza di un qualunque riferimento etico, estetico o religioso. Per cui, qualunque approccio olistico che però faccia chiaro riferimento a massime, proverbi, aforismi, detti o credenze è da classificare in un modello etico e non biopsicosociale.
- a. *Esempio 1: "ha più difficoltà perché donna e in carrozzella"*. La natura multidimensionale di questa espressione la rende chiaramente classificabile nel modello biopsicosociale in quanto è espresso come interagenti il funzionamento individuale e un pregiudizio sociale.
 - b. *Esempio 2: "non funziona bene, è limitato nelle attività e trova barriere nella società"*. Ogni variazione su questo tema, dove le condizioni di salute (il non funzionare bene e la limitazione delle attività) sono giustapposte alle barriere sociali non in relazione causale con esse, deve essere ricondotta al modello biopsicosociale.
8. *Altro*: Qualunque espressione compiuta non riconducibile a uno dei precedenti modelli. È da escludere qualunque espressione riconducibile a uno dei precedenti modelli.
- a. *Esempio 1: "perché poi dovrebbe avere difficoltà nella vita... secondo me non ha difficoltà"*. Espressione che esprime una negazione di ogni possibile modello interpretativo della disabilità in quanto nega l'esistenza di una disabilità. Non deve essere confusa con "non so", in quanto non esprime ignoranza, ma negazione.
9. *Non so*: Deve essere chiaramente espressa l'ignoranza del rispondente a riguardo. Di solito è una classe più frequente nei bambini che negli adulti. Non deve essere confusa con la negazione della disabilità che rientra nella classe 'Altro'.
- a. *Esempio 1: "non mi viene proprio in mente niente"*. Chiara affermazione di ignoranza di un modello interpretativo. Non si nega la disabilità, ma si nega di possedere una spiegazione.

Secondo questa nostra classificazione, le prime 4 categorie rappresentano declinazioni diverse del modello medico/individuale, mentre la 5 e la 6 sono riconducibili al modello sociale.

L'attribuzione dei punteggi va fatta seguendo i criteri indicati nella Tabella 1. Se si riscontra la presenza di almeno uno dei modelli etico, estetico, religioso e/o medico, si attribuisce la presenza al macro modello individuale. Si attribuisce la presenza del modello sociale se si è riscontrata la presenza di almeno uno dei modelli socio-ambientale o socio-relazionale. Le colonne in grigio, dunque, riportano semplicemente la presenza o assenza (1 – 0) del modello per ciascuna condizione di disabilità, indipendentemente dal numero di occorrenze di ciascuna sottocategoria per ciascuna condizione. Il totale ottenuto per ciascun macro modello (colonne grigie) sarà da 0 a 3, dove 0 indica la totale assenza di qualunque spiegazione riconducibile ai tre modelli di disabilità e 3 indica che il modello è stato utilizzato in tutte le condizioni di disabilità: 0 indica l'assenza e 3 la massima forza di un modello esplicativo di disabilità.

I punteggi grezzi così ottenuti sono raggruppati in soli 3 modelli: individuale, sociale e biopsicosociale. Si attribuisce la presenza del modello individuale se si è riscontrata la presenza di almeno uno dei modelli etico, estetico, religioso e medico. Si attribuisce la presenza del modello sociale se si è riscontrata la presenza di almeno uno dei modelli ambientale o socio-relazionale. Il totale ottenuto per ciascuna spiegazione sarà da 0 a 3, dove 0 indica la totale assenza di qualunque spiegazione riconducibile ai tre modelli di disabilità e 3 indica che il modello è stato utilizzato in tutte le condizioni di disabilità: 0 indica l'assenza e 3 la massima forza di un modello esplicativo di disabilità.

	ETICO	ESTETICO	RELIGIOSO	MEDICO	INDIVIDUALE	AMBIENTALE	SOCIO-RELAZIONALE	SOCIALE	BIOPSIOSOCIALE
MOTORIA									
SENSORIALE									
INTELLETTIVA									
	TOTALE				TOTALE				

Tabella 1: Tabella per l'attribuzione dei punteggi ai 7 modelli di disabilità di *Spiegare la disabilità – Questionario a risposte aperte* ricondotti ai 3 modelli principali: individuale, sociale e biopsicosociale.

Spiegare la disabilità – Questionario a risposte chiuse

Lo scopo dei questionari a risposte chiuse (anche in questo caso, uno per i genitori e uno per i bambini, Appendici 1A e 2A) è quello di indagare le spiegazioni sulla disabilità che i soggetti forniscono quando ‘forzati’ entro scelte predefinite. Gli stimoli utilizzati sono gli stessi del questionario a risposte aperte (Appendice 1C) e, per ciascuno, i soggetti devono indicare su una scala a 7 punti il grado di accordo o disaccordo con alcune affermazioni – uguali ma randomizzate per ciascuno dei quattro stimoli – che tentano di fornire una spiegazione al fatto che la persona ritratta o descritta abbia difficoltà nella vita. Gli stimoli sono presentati ai genitori in ordine fisso, mentre i bambini debbono estrarre una per volta le immagini da un contenitore. Le affermazioni che accompagnano ciascuno stimolo sono in tutto 11 (4 riconducibili al modello medico/individuale, ognuna delle quali rappresenta uno dei possibili sotto-modelli; 3 riconducibili al modello sociale e 4 riconducibili al modello biopsicosociale).

I punteggi vengono riportati su uno schema identico a quello mostrato in Tabella 2. Si potrà ottenere per ciascuna affermazione un punteggio che va da un minimo di 1 ad un massimo di 4. Il punteggio ottenuto da ciascun modello, individuale, sociale e biopsicosociale si otterrà dalla media dei punteggi ottenuti da ogni affermazione per il numero delle affermazioni riguardanti il modello.

Interessi e attività incoraggiate dai genitori

I genitori valutano l'importanza di 25 attività o interessi potenziali dei bambini attraverso una scala a 5 punti. Le attività sono presentate in ordine fisso, con l'unico vincolo che due attività appartenenti allo stesso gruppo concettuale non appaiano consecutivamente. Le attività sono raggruppate in cinque insiemi: musicali (p.e., andare a un concerto, ascoltare musica, ecc.), religiose (andare in Chiesa o in altri luoghi di culto, pregare o meditare, ecc.), sportive (andare a una manifestazione sportiva, fare educazione fisica a scuola, ecc.) culturali (andare a un museo o a conferenze, leggere libri, ecc.), sociali (partecipare a gruppi di volontariato, frequentare compagni per attività di studio o extra-scolastiche, ecc.) (Appendice 1A).

Interessi e attività dei bambini

Questa scala, riservata ai bambini, è somministrata nella forma di 4 task durante ciascuno dei quali vengono loro mostrate 5 immagini – in ordine randomizzato – che rappresentano interessi o attività comuni per i

	GIOVANNI	MARIA	PAOLO	ELENA	TOTALE	
	MOTORIO	SENSORIALE	COGNITIVO	NORMODOTATO		
CATTIVO	4	4	4	4		Individuale
BRUTTO	1	1	1	1	Sum/16	
DIO						
MALATO						Sociale
GLI ALTRI					Sum/12	
AMBIENTE						
LAVORO						Biopsicosociale
CORPO/MONDO					Sum/16	
MONDO/CORPO						
CAMMINA/BUS						
LAVORO/CAMMINA						

Tabella 2: Esempio di attribuzione dei punteggi al *Spiegare la disabilità – Questionario a risposte chiuse*.

bambini della fascia di età considerata (Appendice 2B). I soggetti devono, in ciascuno dei quattro compiti, ordinare gerarchicamente le immagini da quella che rappresenta l'attività o l'interesse più gradito a quella meno gradita. Inoltre, su una scala a 5 punti, devono indicare la frequenza con la quale praticano gli interessi o le attività in questione. I 20 item che compongono la scala sono suddivisi in 4 gruppi concettuali: generale (p.e., leggere favole, visitare un museo, ecc.), religione (p.e., leggere storie della bibbia, dire le preghiere, ecc.), corpo umano (p.e., giocare al piccolo chirurgo, giocare al dottore, ecc.), attività sociali (p.e., aiutare un compagno a fare i compiti, aiutare a spingere una carrozzella, ecc.) (Appendice 2A).

Scala delle conoscenze dei bambini

Ai bambini, ma non ai genitori, sono consegnate in ordine casuale delle affermazioni relative alla salute e alla disabilità basate su tipici fraintendimenti manifestati dai bambini: 8 sono vere e 8 false. Per ciascuna affermazione viene chiesto al bambino di indicare su un cartoncino con una scala analogica a 4 punti l'accordo o il disaccordo (è possibile indicare anche punteggi medi) (Appendice 2A e 2C).

Procedura

Le interviste sono state condotte in momenti e luoghi separati per genitori e bambini, in assenza l'uno dell'altro. Solo ai genitori, prima della somministrazione delle prove sperimentali, è stato consegnato un questionario socio-demografico per raccogliere informazioni sia sul genitore rispondente sia sul figlio partecipante. Tra le domande sono di particolare rilevanza sperimentale quelle relative alla presenza o meno di compagni di classe del figlio con disabilità, la fede religiosa e l'orientamento politico.

Il tempo di somministrazione delle prove ai genitori ha richiesto un tempo di circa 30 minuti, mentre ai bambini un arco di tempo che varia tra i 45 e i 60 minuti. Lo sperimentatore deve essere esperto nella somministrazione di interviste ai bambini e competente nei contenuti del questionario. Sebbene senza influenzare le risposte, deve saper guidare il questionario a risposte aperte in modo tale che il bambino presti reale attenzione a tutti gli elementi dello stimolo somministrato. Le risposte fornite alle domande aperte, sia per i genitori che per i bambini², sono state codificate da due

² Un caso esempio di intervista condotta con uno dei bambini del campione è riportata nell'Appendice 2D.

giudici esperti nei modelli di disabilità ed estranei al progetto sperimentale. Tutte le discrepanze nell'attribuzione sono state risolte tramite discussione.

4. Il paradigma architettuale: meccanismi psicologici alle origini del modello medico di disabilità

4.1 La ricerca di Park, Faulkner e Schaller sui processi evoluti di evitamento delle malattie

Lo studio di Park, Faulkner e Schaller (2003) prende le mosse dall'ipotesi che esista un collegamento tra un meccanismo evoluto di evitamento delle malattie e i pregiudizi contemporanei che colpiscono le persone con disabilità fisica. Dal momento che le malattie contagiose sono spesso accompagnate da caratteristiche fisiche anomale, è plausibile, secondo gli Autori, che negli esseri umani si siano evoluti meccanismi psicologici e cognitivi/affettivi che rispondono euristicamente alla percezione di tali caratteristiche, scatenando specifiche emozioni (disgusto e ansia) cognizioni (atteggiamenti negativi) e comportamenti (evitamento). Tale meccanismo di evitamento della malattia, inoltre, sarebbe iperinclusivo: caratteristiche anomale non dovute ad alcuna malattia (p.e., l'amputazione delle gambe in seguito ad un incidente) possono attivarlo, contribuendo così agli atteggiamenti e ai comportamenti pregiudizievole rivolti verso le persone con disabilità. Il modello di Park, Faulkner e Schaller presenta anche delle nuove ipotesi sulle variabili contemporanee che possono ampliare o ridurre il pregiudizio basato sulla disabilità. Nel loro studio gli Autori descrivono la metodologia, la procedura e i risultati di due esperimenti. L'obiettivo del primo studio era quello di testare l'ipotesi secondo cui l'evitamento delle persone con disabilità sia più marcato tra gli individui maggiormente preoccupati circa il contagio infettivo. I risultati ottenuti sembravano indicare che il contatto con i disabili fisici porti le persone ad abituarsi all'infermità e, quindi, a ridurre le proprie preoccupazioni riguardo il contagio delle malattie. Tuttavia, contrariamente alle attese, la misura della vulnerabilità

percepita alle malattie correlava negativamente in modo più consistente con l'averne un amico disabile che con l'averne un familiare disabile. Questo, secondo gli Autori, suggeriva una relazione causale di segno opposto: più è alta la vulnerabilità percepita alle malattie, più si tende a evitare il contatto sociale – e quindi la formazione di legami di amicizia – con disabili fisici. L'obiettivo del secondo studio era quello di esaminare l'influenza di variabili personali e variabili contestuali connesse alla malattia sulle cognizioni implicite che, presumibilmente, contribuiscono al manifestarsi di comportamenti di evitamento. I risultati ottenuti in questo caso risultano consistenti con l'ipotesi che un maggiore timore delle malattie induca risposte più pregiudizievoli verso le persone con disabilità.

4.2. Ragioni dell'adozione del paradigma di Park, Faulkner e Schaller

Al fine di indagare le origini e il funzionamento dei processi cognitivi sottostanti al modello medico di disabilità si è fatto ricorso agli studi sperimentali effettuati da Park, Faulkner e Schaller per tre ragioni:

1. è uno dei pochi studi sulla disabilità che possono essere ascritti all'Integrated Causal Model (Tooby & Cosmides, 1992);
2. perché prevede l'utilizzo del test delle associazioni implicite (Greenwald et al., 1998) che, indagando su processi subliminali o automatici, consente di superare uno dei limiti più rilevanti degli studi sugli atteggiamenti verso la disabilità che consiste negli elevatissimi livelli di desiderabilità sociale che affliggono le rilevazioni esplicite (Antonak & Livneh, 1988, 2000);
3. perché connette la polarità salute/malattia, che è costitutiva della costruzione teorica del modello medico di disabilità, con processi cognitivo/affettivi che potrebbero giustificare non solo l'origine filogenetica della disabilità, ma anche spiegare il funzionamento del processo cognitivo in atto nel riconoscimento individuale della disabilità.

4.3 Descrizione del paradigma di Park, Faulkner e Schaller adattato agli scopi della ricerca

Nella loro ricerca, gli Autori utilizzano complessivamente, oltre ad un questionario anagrafico tradizionale, tre strumenti: il Test delle Associazioni Implicite (IAT) centrato sulle categorie di 'normale' e 'disabile', in due versioni: la prima, basata sull'associazione con gli attributi dimensionali 'salute/malattia', e la seconda sugli attributi dimensionali 'piacevole/spiacevole'; la *Disgust Scale* (DS; Haidt, McCauley, & Rozin, 1994) la *Perceived Vulnerability to Disease Scale* (Schaller et al., 2003).

Il paradigma della presente ricerca riprende quello di Park, Faulkner e Schaller con alcune modifiche, dovute principalmente agli aggiornamenti nel frattempo apportati ad alcuni degli strumenti impiegati, e riadattando al contesto italiano i contenuti dello IAT, traducendo il PVD nella lingua italiana e adottando la versione italiana del DS. In particolare, per ciò che riguarda la DS, è stata adottata la versione *Revised* (Olatunji et al., 2009; Olatunji et al., 2007) la cui traduzione italiana è stata curata da Gabriele Melli, mentre del PVD è stata adottata una versione aggiornata rispetto a quella dello studio originale (Duncan, Schaller, & Park, 2009) tradotta in italiano da chi scrive.

L'Implicit Association Test

Lo IAT (IAT; Greenwald et al., 1998; Greenwald, Nosek, & Banaji, 2003) valuta l'associazione tra la discriminazione di un concetto target ed un attributo dimensionale; in particolare, lo IAT studia la forza dei legami associativi tra concetti rappresentati in memoria. L'ipotesi dei ricercatori che hanno elaborato lo IAT è che le risposte dei soggetti siano più rapide quando si effettuano associazioni consone alle proprie convinzioni, emozioni e motivazioni. Lo IAT misura il legame semantico esistente tra due concetti non identificabile a livello introspettivo e, perciò, non rilevabile con i test tradizionali. L'intensità dell'associazione fra due concetti è uguale alla differenza nei tempi di reazione tra compiti di classificazione in blocchi compatibili – quando cioè il compito sperimentale è congruente con l'organizzazione delle associazioni personali del soggetto – e compiti di classificazione in blocchi incompatibili – quando, invece, il compito è incongruente con l'organizzazione delle associazioni personali del soggetto. La differenza nei tempi di reazione medi tra compiti congruenti e compiti incongruenti fornisce una misura indiretta dell'associazione fra i due con-

cetti. Diversi studi (Greenwald & Farnham, 2000; Greenwald, Poehlman, Uhlmann, & Banaji, 2009) hanno confermato questa ipotesi. L'originalità del metodo consiste nella possibilità di valutare gli atteggiamenti aggirando la tendenza involontaria delle persone a distorcere le risposte per proteggere la propria immagine.

Lo IAT viene somministrato attraverso il computer e consiste in una serie di prove di categorizzazione: in ciascuna di queste prove, al centro del monitor compare uno stimolo e al partecipante viene chiesto di classificarlo, il più velocemente ed accuratamente possibile, in una delle due categorie che appaiono, in forma di parole, ai lati dello schermo, una in alto a destra e l'altra in alto a sinistra. Gli stimoli sono generalmente parole oppure immagini e appartengono a due diverse polarità categoriali o dimensionali: una polarità rappresenta dei concetti (p.e., persone disabili e normodotate), mentre l'altra polarità rappresenta due attributi (p.e., buono e cattivo).

La procedura del test consta di cinque sessioni.

1. Nella prima sessione vengono presentati gli stimoli categoriali che, nel caso della presente ricerca, consistono in immagini di simboli culturalmente associati alla disabilità (Appendice 3A), prelevati direttamente dal materiale reso disponibile da uno degli autori dello IAT (Nosek et al., 2007) sulla sua pagina internet. È necessario premettere che, per ottenere la massima polarizzazione categoriale possibile, onde rendere agevole la discriminazione, è stato preferito il termine 'normale', più stereotipico e immediato, a quello di 'normodotato'. Quando appare, al centro del monitor, l'immagine di un simbolo, i soggetti hanno la consegna di premere più velocemente possibile il tasto 'E' abbinato con la categoria 'normali' oppure il tasto 'I' associato con la categoria 'disabili'. L'associazione tra lo stimolo e la categoria non è a discrezione del rispondente, ma è indicata dal compito sperimentale: pertanto il compito del soggetto non è l'espressione del grado di accordo rispetto a una categorizzazione, ma l'apprendimento delle associazioni tra gli stimoli e le categorie.
2. Nella seconda sessione compaiono al centro dello schermo o un attributo positivo/piacevole oppure un attributo negativo/spiacevole; i soggetti devono premere il più velocemente possibile il tasto 'E' abbinato con gli attributi positivi oppure il tasto 'I' abbinato con gli attributi negativi (Appendice 3B).
3. Nella terza sessione vengono combinate le caratteristiche delle due prove precedenti: al centro del monitor vengono presentati, infatti,

uno alla volta, sia immagini di simboli sia parole relative agli attributi (positivi o negativi). Anche in questo caso i soggetti vengono istruiti a premere il più rapidamente possibile il tasto 'E', associato alla categoria 'normali' e agli attributi positivi, o il tasto 'I' associato alla categoria 'disabili' e agli attributi negativi.

4. Nella quarta sessione vengono ripresentate le categorie della prima sessione, con la differenza che, in questa prova, la posizione delle categorie sullo schermo è invertita e pertanto risulta invertita anche l'associazione dei tasti 'E' ed 'I' con le categorie stesse.
5. Nella quinta e ultima sessione, al centro dello schermo vengono presentati immagini o attributi con un compito del tutto simile a quello della terza sessione, ma con la differenza che, anche in questo caso, i tasti sono invertiti e, dunque, anche le associazioni sono invertite: il tasto 'E' è associato alla categoria 'disabili' e agli attributi positivi, mentre il tasto 'I' è associato alla categoria 'normali' e agli attributi negativi.

Per la presente ricerca sono state costruite 2 differenti versioni di IAT: per entrambi la coppia di concetti target era costituita da 'normale' vs. 'disabile', mentre le coppie di attributi erano 'salute/malattia' nel primo test e 'piacevole/spiacevole' nel secondo test (Appendici 3A, 3B)³.

Il DS-R

È un questionario composto da 25 item che individua tre dimensioni del disgusto: Scala centrale del disgusto, Disgusto da ricordo di animali, e Disgusto basato sulla contaminazione. Il soggetto indica, su una scala tipo Likert da 0 a 4, il suo grado di accordo con le affermazioni riportate nei primi 14 item e il grado di disgusto che prova per le azioni descritte nei successivi 13 item (Appendice 4).

³ Gli autori della ricerca originaria non sono stati in grado di fornire, dietro richiesta, il materiale utilizzato per il loro studio. Di conseguenza, oltre alla scelta di utilizzare, come immagini stimolo per le categorie 'normale' e 'disabile', il materiale messo a disposizione da Brian Nosek (2007), si è comunque dovuto procedere autonomamente nella selezione degli stimoli linguistici dimensionali, ovvero dei sinonimi rappresentativi delle dimensioni 'salute/malattia' e 'piacevole/spiacevole'. A questo scopo, sono state individuate 14 parole (7 + 7) per ciascuna delle due dimensioni, ed è stato chiesto ad un campione di 29 soggetti (15 m, 14 f., età media=32) di valutare per ciascuna di esse, su una scala likert a 10 punti, ancorata alle polarità di ciascuna dimensione, il grado di prossimità semantica con l'uno o l'altro dei due attributi polari. Le 5 parole che hanno totalizzato la media più alta e le 5 parole che hanno totalizzato la media più bassa per ciascuna delle due dimensioni, sono state utilizzate come stimoli negli IAT. La tabella con i relativi dati è riportata nell'Appendice 3B.

Il PVD

È un questionario composto da 15 item che saturano su due fattori: Infettività percepita e Avversione ai germi. Il soggetto indica il grado del proprio accordo o disaccordo con le affermazioni contenute negli item, su una scala da 1 (fortemente in disaccordo) a 7 (fortemente in accordo) (Appendice 5).

Procedura

La procedura prevede la somministrazione, in forma interamente elettronica, dei seguenti test: un questionario anagrafico contenente due domande relative ai rapporti del soggetto con la disabilità ('Hai un membro convivente nella tua famiglia con disabilità?' e 'Hai un amico, un parente o un conoscente disabile?') il PVD, il DS-R e due IAT. La somministrazione degli IAT è preceduta da una manipolazione del setting: ad una metà del gruppo, randomicamente selezionata, vengono fatte leggere 5 false *news* relative alla diffusione attuale di epidemie o malattie contagiose. All'altra metà vengono fatte leggere altre 5 false *news* riferibili all'ambito della salute, ma che non evocano il tema del contagio (Appendice 6). Inoltre, ciascuno dei due sottogruppi è ulteriormente diviso in due, in ragione dell'inversione nell'ordine di somministrazione dei due IAT.

3. La ricerca sperimentale: analisi dei dati e risultati

1. Paradigma epidemiologico (Evans): Analisi dei dati sperimentali

1.1. Reclutamento del Campione

I soggetti partecipanti alla ricerca (N=162) effettuata sul paradigma sperimentale adattato da Evans (Evans, 2001) sono stati reclutati sia attraverso contatti formali con alcune scuole elementari o associazioni del territorio, sia attraverso contatti informali dello sperimentatore (Tabella 1). Oltre $\frac{3}{4}$ del campione provengono dall'Umbria, residenti nella provincia di Perugia, mentre $\frac{1}{4}$ proviene dalla Basilicata, residenti nella provincia di Potenza.

PROVENIENZA E COMPOSIZIONE DEL CAMPIONE						
Contatto	Ente/Associazione/Località	Genitori		Bambini		Totali
		M	F	M	F	
Formale	Scuola Elementare di Case Bruciate (PG)	1	19	9	11	40
Formale	Polisp. Dilett. Nuova Alba, San Martino In Campo (PG)	12	9	13	8	42
Informale	PG e AR	7	13	10	10	40
Informale	PZ	2	18	7	13	40
TOTALE		22	59	39	42	162

Tabella 1. Modalità di reclutamento del campione. Il reclutamento del campione e la sperimentazione sono avvenuti nel corso dell'anno scolastico 2010-2011. In tabella sono illustrate le fonti dei contatti, gli enti o associazioni coinvolti, il numero e il genere dei soggetti di ogni sotto-campione.

1.2. Dati demografici

Il campione di partecipanti all'esperimento è composto da 81 coppie di genitori e figli di età compresa tra i 5 e i 12 anni.

Genitori

I genitori (N=81) (Tabella 2) sono per il 27,2% (N=22) maschi e per il 72,8% (N=59) femmine. L'età media è 41,91 (m.: 43,23, f.: 41,42, DS 5,18, min. 31, max. 55), nessuno dichiara di essere disabile, solo un genitore riporta la disabilità di un membro convivente della famiglia, mentre il 63% (m.: 14, f.: 37, tot.: 51), ovvero la maggioranza degli intervistati, afferma di avere un parente o un conoscente o un amico disabile.

DATI ANAGRAFICI GENITORI - 1						
	N	%	Età	Disabile	Disabile famiglia	Disabile par./am.
Maschi	22	27,2	43,23	0	0	14
Femmine	59	72,8	41,42	0	1	37
Media	--	--	41,91	--	--	--
Moda	--	--	45	2	2	1
Dev. Std.	--	--	5,187	--	--	--
Min.	--	--	31	2	1	1
Max.	--	--	55	2	2	2
TOTALE	81	100	--	0	1	51

Tabella 2. Genitori: sesso, età, disabilità. Il campione dei genitori è composto da 81 soggetti (f.: 59, m.: 22). L'età media del campione è di 41,91 anni (f.: 41,42, m.: 43,23, DS: 5,18). Nessuno degli intervistati ha una disabilità (1=si, 2=no), solo uno di essi convive con un familiare disabile (1=si, 2=no), mentre 51 intervistati (63%) hanno un parente o amico disabile (1=si, 2=no).

Il livello di istruzione (Tabella 3) delle femmine intervistate (3,64) è leggermente superiore rispetto a quello dei maschi intervistati (3,14). Questa leggera superiorità riguarda anche i partner degli intervistati (f.: 3,50, m.: 3,41). Sia la media che la moda relative al livello di istruzione del campione indicano una prevalenza del diploma di scuola media superiore, con una tendenza verso la frequenza dell'università. Le percentuali per quanto riguarda i soli rispondenti all'intervista (1,2% scuola primaria, 22,2% scuola media inferiore, 35,8% scuola media superiore, 6,2% università non terminata, 34,6% università o post-università) indicano dati ben superiori rispetto a quelli indicati dalle statistiche nazionali: secondo l'ISTAT (2013), per

l'anno 2011, tra le persone comprese nel range di età 25-64 anni, la percentuale di coloro i quali, al massimo, avevano conseguito il titolo di studio corrispondente alla scuola media inferiore era del 44% (m.: 45,2%, f.: 42,8%).

DATI SOCIO DEMOGRAFICI GENITORI - 1					
	N	%	Età	Istruzione intervistato	Istruzione partner
Maschi	22	27,2	43,23	3,14	3,50
Femmine	59	72,8	41,42	3,64	3,41
Media	--	--	41,91	3,51	3,43
Moda	--	--	45	3	3
Dev. Std.	--	--	5,187	1,216	1,244
Min.	--	--	31	1	0
Max.	--	--	55	5	5
TOTALE	81	100	--	--	--

Tabella 3. Genitori: sesso, età, istruzione. Il livello di istruzione del nucleo familiare è, mediamente, al livello della scuola media superiore (1=elementari, 2=medie, 3=superiori, 4=università non terminata, 5=laurea/post-laurea).

Il 26% (N=21) del campione ha un figlio, il 54,3% (N=44) ha due figli, il 13,6% ha 3 figli, mentre il 6,2% (N=5) ha più di tre figli (Tabella 4). La media di figli per nucleo familiare degli intervistati è 2. Questo dato risulta decisamente più elevato rispetto alla media nazionale: L'ISTAT (2012), per il 2011, calcolava un tasso di fertilità femminile pari a 1,42.

DATI SOCIO DEMOGRAFICI GENITORI - 2					
	Numero di figli				Totale
	1	2	3	> 3	
N	21	44	11	5	81
%	26	54,3	13,6	6,2	100

Tabella 4. Genitori: numero di figli. La maggioranza del campione degli intervistati (54,3%) ha due figli.

La maggioranza del campione degli intervistati (N=43, 54,43%) vive in Umbria, il 25,31% (N=20) risiede in Toscana, il 18,98% (N=15) in Basilicata (Tabella 5).

DATI SOCIO DEMOGRAFICI GENITORI - 3						
Regione di Residenza						Totale
	Umbria	Lazio	Toscana	Basilicata	Miss. Val.	
N	43	1	20	15	2	81
%	53,08	1,23	24,69	18,51	2,46	100

Tabella 5. Genitori: regione di residenza. Il 54,43% degli intervistati proviene dall'Umbria, il 25,31% (N=20) risiede in Toscana, il 18,98% (N=15) vive in Basilicata.

Per quanto riguarda l'orientamento politico (Tabella 6), si colloca tra la destra e il centrodestra il 17,3% (N=14) dei genitori mentre si riconosce nella parte politicamente opposta il 29,6% (N=24). Peraltro, ben il 38,3% degli intervistati dichiara di non avere alcun orientamento politico.

DATI SOCIO DEMOGRAFICI GENITORI - 4						
Orientamento Politico						Totale
	Centro Destra	Centro	Centro Sinistra	Sinistra	Nessuno	Non so
N	8	4	11	13	31	8
%	9,9	4,9	13,6	16	38,3	9,9

Tabella 6. Genitori: orientamento politico. Quasi la metà del campione dichiara o di non avere alcun orientamento politico (38,3%) o di essere indeciso (9,9%) riguardo ad esso; l'altra metà è così suddivisa: il 30% circa nell'area di sinistra, il 18% nell'area di destra e il 5% al centro.

Il 90,1% degli intervistati è di fede cattolica e il 7,4% (N=6) si definisce ateo (Tabella 7).

DATI SOCIO DEMOGRAFICI GENITORI - 5				
Fede Religiosa				Totale
	Cattolica	Buddista	Ateo	Altra
N	73	1	6	1
%	90,1	1,2	7,4	1,2

Tabella 7. Genitori: fede religiosa. Il 90% degli intervistati è di fede cattolica mentre il 7,4% è ateo.

Figli

Dal campione di 81 bambini, figli degli adulti sopra descritti, un soggetto è stato eliminato perché i dati anagrafici, compilati dal genitore come da

procedura prevista dal protocollo, risultavano illeggibili. I maschi sono il 47,5% (N=38) e le femmine il 52,5% (N=42). L'età media dei bambini è 8,55 (m.: 8,50; f.:8,60; DS 1,63; min. 5, max. 12). Tutti i bambini del campione frequentano la scuola pubblica, dove è prevista, per legge, l'integrazione degli alunni disabili. La moda della classe frequentata è la quarta elementare per i maschi (N=13, 34,2%) e la seconda elementare per le femmine (N=12, 28,6%). Il 66,3% (53, m.: 27, f.: 26) del campione non ha compagni di classe con disabilità; il restante 33,7% (27, m.: 11, f.: 16) ha un compagno disabile: motorio (N=11) o sensoriale (N=1) o cognitivo (N=10) o con disabilità multiple (N=3) o, infine, con disabilità non specificata (N=2) (Tabella 8).

DATI ANAGRAFICI E SOCIO DEMOGRAFICI FIGLI						
	N	%	Età	Compagno di classe disabile		Classe
Maschi	38	47,5	8,50	11	33,7%	4,34
Femmine	42	52,5	8,60	16		4,31
Media	--	--	8,55	--		4,33
Moda	--	--	9	--		5
Dev. Std.	--	--	1,63	--		1,69
Min.	--	--	5	--		1
Max.	--	--	12	--		8
TOTALE	80	100	--	27		--

Tabella 8. Bambini: sesso, età, compagni disabili, classe frequentata. Il campione dei bambini è abbastanza equilibrato per genere (m.: 38 (47,5%), f.: 42 (52,5%)). L'età media è di 8,55 (m.: 8,50, f.: 8,60). La moda della classe frequentata è la quarta elementare (1=asilo, 2=1° elementare, 3=2° elementare, 4=3° elementare, 5=4°elementare, 6=5° elementare, 7=1° media, 8=2°media). Il 33,7% (N=27) ha in classe un compagno disabile (m.: 11, f.: 16).

Al fine di replicare, adattandola alle caratteristiche del campione in esame, la procedura adottata da Evans (2001; pp. 225-226) i bambini sono stati suddivisi in due classi di età: la prima comprende tutti i bambini tra i 6 e gli 8 anni (N=38) mentre la seconda include tutti i bambini tra i 9 e gli 11 anni (N=38). Dalla suddivisione sono rimasti esclusi 4 bambini (3 di 12 anni e 1 di 5 anni) che, data l'esiguità del numero, non sono stati raggruppati in classi e nemmeno inclusi in gran parte delle analisi effettuate. Il campione dei bambini è stato, pertanto, ridotto a 76 soggetti (N=80-4=76) (Grafico 1).

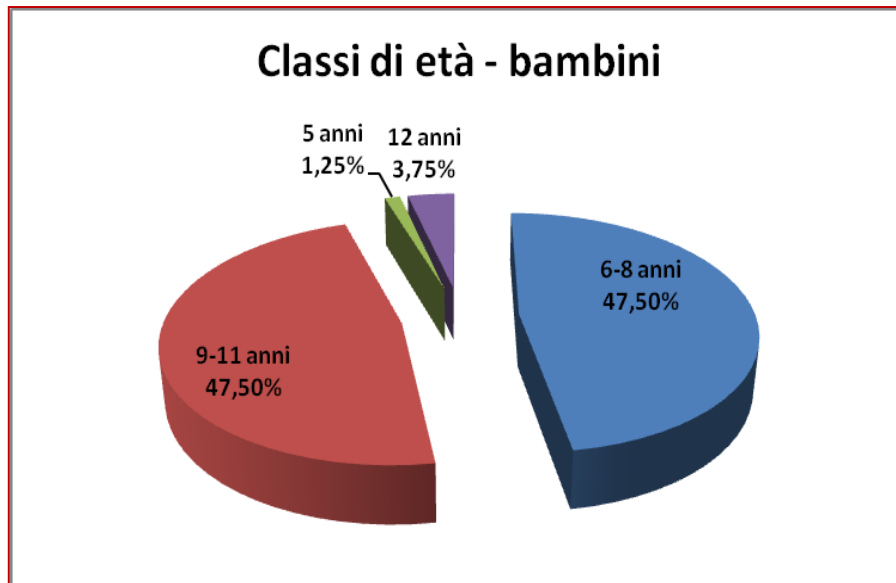


Grafico 1. Bambini: classi di età. I bambini sono stati raggruppati in due classi: 6-8 anni (N=38) e 9-11 anni (N=38). Sono rimasti esclusi dalla trasformazione in classi 4 bambini (1 di 5 anni e 3 di 12 anni).

1.3. Modalità di somministrazione

Tutte le interviste sono state condotte dallo sperimentatore e la loro durata media è stata di circa 45 minuti. La totalità delle interviste è stata condotta nell'abitazione del nucleo familiare. Mentre il genitore (padre o madre) compilava da solo il questionario predisposto per gli adulti, il bambino/a veniva intervistato in una stanza separata. Prima di iniziare le interviste, il genitore veniva informato della natura e degli obiettivi generali della ricerca; inoltre, gli veniva mostrato, affinché potesse esaminarlo, tutto il materiale cartaceo e fotografico che sarebbe stato sottoposto al bambino durante l'intervista. In seguito a ciò, il genitore firmava la liberatoria e l'autorizzazione al trattamento dei dati relative a sé stesso e al figlio. Anche i bambini affrontavano, prima del questionario vero e proprio, una prova preliminare di discriminazione semantica⁴. Tutti i genitori hanno

⁴ Il compito di discriminazione semantica consiste nel presentare al bambino 6 stimoli su supporto di cartoncino (2 foto di persone disabili, 2 foto di persone

compilato il questionario loro consegnato. Le domande a risposta aperta dei bambini sono state audio registrate, con l'autorizzazione del bambino e (scritta) del genitore. La codifica delle risposte alle domande a risposta aperta è stata effettuata da due giudici esperti nei modelli di disabilità.

Il questionario dei genitori era così impaginato:

- I. Copertina;
 - i. Liberatoria relativa al bambino e autorizzazione al trattamento dei dati;
 - ii. Liberatoria relativa al genitore e autorizzazione al trattamento dei dati;
- II. Scheda Anagrafica;
- III. Questionario 'Spiegare la disabilità ai figli', con 5 fotografie relative agli item del questionario;
- IV. Questionario 'Spiegare la disabilità – Parte prima' (domande a risposta aperta);
- V. Questionario 'Spiegare la disabilità – Parte seconda' (domande a risposta chiusa; ordine degli item randomizzato);
- VI. Questionario 'Interessi e attività incoraggiate dai genitori'.

Il questionario per i bambini era così composto:

- I. Copertina;
- II. Compito di Discriminazione Semantica, con 6 fotografie (3 relative disabilità, 3 relative alla non disabilità);
- III. Questionario 'Scala degli interessi e delle attività', con 20 fotografie (ordine degli item randomizzato);
- IV. Questionario 'Spiegare la disabilità – Parte prima' (domande a risposta aperta, audio registrate) con 4 fotografie (ordine degli stimoli casuale, secondo la scelta del bambino);
- V. Questionario 'Spiegare la disabilità – Parte seconda' (domande a risposta chiusa) con 4 fotografie (ordine degli item randomizzato);

normodotate e 2 scritte, 'handicappato' e 'normale') che devono essere correttamente collocate in due cestini, posti di fronte al soggetto (3 stimoli per ogni cestino). La prova è superata quando il bambino effettua correttamente la discriminazione tra gli stimoli; al contrario, la prova si ripete sino a che questo non avvenga, ovvero fino a quando il bambino non abbia chiaramente dimostrato di comprendere la differenza tra le categorie semantiche individuate dagli stimoli. Scopo della prova è l'accertamento della comprensione del termine "disabilità" da parte del bambino.

VI. Questionario 'Scala delle Conoscenze'.

L'impaginazione dei questionari sopra illustrata riflette esattamente l'ordine di somministrazione delle prove stesse.

1.4. Analisi dei dati⁵

1.4.1. Spiegare la disabilità – parte prima (domande a risposte aperte)

Lo scopo del questionario 'Spiegare la disabilità – Parte prima' è quello di indagare se e in quale misura sia i genitori che i bambini fanno riferimento spontaneamente (risposte aperte) ai concetti chiave dei modelli di disabilità diffusi in letteratura per spiegare il motivo per cui una persona disabile (o non disabile) abbia difficoltà nella vita. A ognuno dei soggetti (bambini e genitori) vengono presentati, in successione, quattro item: tre di essi riguardano una persona con un diverso tipo di disabilità (motoria, sensoriale, cognitiva) mentre il quarto si riferisce a una persona normodotata. Ai bambini viene mostrata, per ciascun item, una fotografia che ritrae la persona oggetto dell'item stesso (Allegato ???). Per ogni item viene presentata la persona (nome fittizio), specificando in modo generico la disabilità che la caratterizza (es.: "Giovanni sta sulla sedia a rotelle perché non può camminare") e, senza soluzione di continuità, viene rivolta la domanda: "Perché secondo te ha difficoltà nella vita?". I genitori leggono un'identica descrizione e domanda sul questionario e scrivono la loro risposta nell'apposito spazio riservato; le risposte dei bambini vengono, invece, audio registrate.

La misura di riferimento consiste nella frequenza di comparsa, nelle risposte, di frasi o concetti riconducibili inequivocabilmente a uno dei modelli di disabilità.⁶ Il possibile range di frequenza per ciascuna spiegazione varia, dunque, da 0 a 3, con lo zero che indica l'assenza del modello per ciascuno stimolo relativo a persone disabili e il 3 che indica, al contrario, la presenza del modello in ciascuna delle condizioni di disabilità. I punteggi di frequenza dei modelli di disabilità – le medie delle frequenze per classi di età sono

⁵ I dati dell'esperimento sono stati elaborati tramite IBM® SPSS® Statistics 20.

⁶ Per un'esposizione dettagliata della classificazione delle risposte e dell'articolazione dei modelli in sottomodelli, si veda il cap.2 al paragrafo 3.2.

riportate nella Tabella 9 – sono stati sottoposti ad un’analisi della varianza (ANOVA) *mixed-design* 3 (Gruppi di età: 6-8, 9-11, Adulti) x 3 (Modelli di disabilità: individuale, sociale, biopsicosociale), con il modello di disabilità come misura ripetuta. I risultati dell’analisi sono riportati nel Grafico 2.

FREQUENZE MEDIE DEI MODELLI (RISPOSTE APERTE)				
	Età in 3 classi	Media	Dev. Stan.	N
Frequenze del modello individuale	6-8	2,921	,27328	38
	9-11	2,868	,41401	38
	Genitori	1,925	1,09291	81
	Totale	2,394	,95245	157
Frequenze del modello sociale	6-8	,079	,27328	38
	9-11	,605	,88652	38
	Genitori	1,345	1,14193	81
	Totale	,859	1,07691	157
Frequenze del modello biopsicosociale	6-8	,105	,50881	38
	9-11	,184	,56258	38
	Genitori	,135	,41089	81
	Totale	,140	,47310	157

Tabella 9 – Medie delle frequenze dei modelli di disabilità nelle risposte aperte, per classi di età.

L’analisi evidenzia un effetto principale per i modelli di disabilità, $F(2, 308) = 295,08$, $p < ,0001$, e un’interazione significativa: modelli di disabilità x gruppi di età, $F(4, 308) = 26,06$, $p < ,0001$. Per chiarire la natura dell’interazione sono state condotte tre ANOVA univariate sui punteggi di frequenza; inoltre, sono state condotte alcune indagini sulle preferenze espresse all’interno di ciascun gruppo di età. Le ANOVA hanno rivelato un effetto significativo dell’età per due tipi di modelli: il modello individuale, $F(2, 154) = 27,11$, $p < ,0001$, e il modello sociale, $F(2, 154) = 25,30$, $p < ,0001$. Nessun effetto in relazione all’età è stato rintracciato per il modello biopsicosociale. I post hoc della *minima differenza significativa di Fisher* (LSD) rivelano (Tabella 10) che il modello individuale è significativamente più diffuso nelle due classi di età dei bambini ($p < ,0001$), rispetto ai genitori, senza differenze significative tra quelle; i bambini di 9/11 anni ($p < ,016$) e i genitori ($p < ,0001$) utilizzano invece il modello sociale in misura maggiore e significativamente crescente con l’età rispetto ai bambini di 6/8 anni; nessuna differenza significativa legata all’età emerge invece nell’utilizzo del modello biopsicosociale che è, dunque, unanimemente inutilizzato dalle 3 classi di età nelle spiegazioni spontanee.

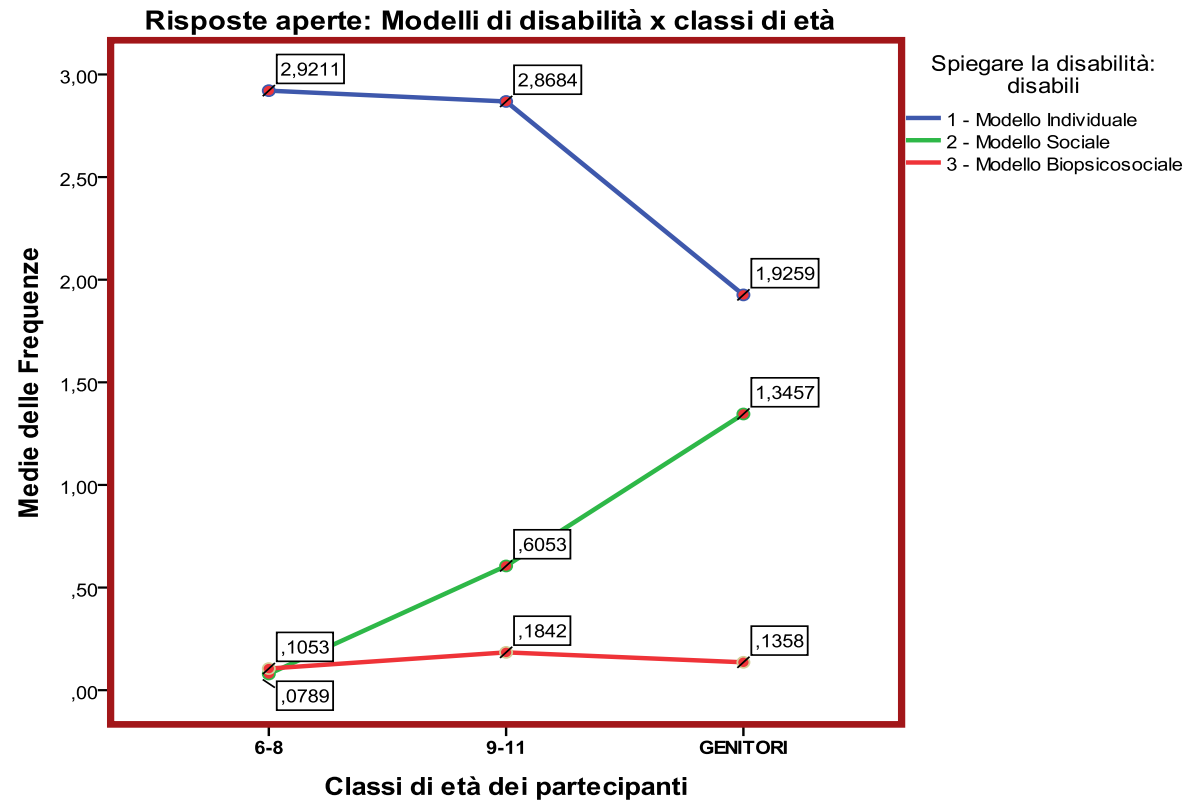


Grafico 2. Questionario 'Spiegare la disabilità' – parte prima (risposte aperte): Mixed-design ANOVA 3 (gruppi di età) x 3 (modelli di disabilità). Medie di frequenza dei modelli di disabilità per gli stimoli relativi a individui disabili per gruppo di età

TEST POST HOC – CONFRONTI MULTIPLI (RISPOSTE APERTE)							
	(I)	(J)	D.M.	Err.	Sig.	Int. di conf. 95%	
	Età 3 cl.	Età 3 cl.	(I-J)	std.		L. inf.	L. sup.
Frequenze Modello Individuale	6-8	9-11	,052	,189	,781	-,32	,42
		Genitori	,995	,162	,000	,67	1,31
	9-11	6-8	-,052	,189	,781	-,42	,32
		Genitori	,942	,162	,000	,62	1,26
	Genitori	6-8	-,995*	,162	,000	-1,31	-,67
		9-11	-,942	,162	,000	-1,26	-,62
Frequenze Modello Sociale	6-8	9-11	-,526*	,215	,016	-,95	-,10
		Genitori	-1,266*	,184	,000	-1,63	-,90
	9-11	6-8	,526*	,215	,016	,10	,95
		Genitori	-,740*	,184	,000	-1,10	-,37
	Genitori	6-8	1,266*	,184	,000	,90	1,63
		9-11	,740*	,184	,000	,37	1,10
Frequenze Modello Biopsicosoc.	6-8	9-11	-,078	,109	,470	-,29	,13
		Genitori	-,030	,093	,744	-,21	,15
	9-11	6-8	,078	,109	,470	-,13	,29
		Genitori	,048	,093	,605	-,13	,23
	Genitori	6-8	,030	,093	,744	-,15	,21
		9-11	-,048	,093	,605	-,23	,13

*. La differenza media è significativa al livello 0.05

Tabella 10. Test Post Hoc (LSD) gruppo di età per frequenza del modello di spiegazione. **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

ANOVE separate condotte prendendo in considerazione il genere o il contatto con la disabilità, nel gruppo dei bambini, non hanno mostrato effetti o interazioni significative, se non per il fatto che le femmine sembrano utilizzare il modello biopsicosociale più dei maschi, $F(2, 79) = 5,30, p,024$. Emergono, invece, differenze leggermente significative per i genitori, riguardo al sesso, sia per il modello individuale, $F(2, 80) = 4,80, p < ,031$, che per il modello sociale, $F(2, 80) = 4,40, p < ,039$. Dalle correlazioni ($p = da < ,039$ a $< ,031$) emerge che tra le madri è significativamente più frequente il ricorso al modello individuale e tra i padri è significativamente più frequente il ricorso al modello sociale. Nessun effetto significativo emerge invece, nel gruppo dei genitori, in relazione all'aver un parente, amico o conoscente disabile.

Nella classe di età dei bambini 6-8, il modello individuale è significativamente preferito sia al modello sociale che al modello biopsicosociale, $F(1, 37) = 1610,32, p < ,0001$, i quali, invece, non presentano differenze signifi-

cative tra loro. Nella classe di età 9-11, il modello individuale è significativamente più utilizzato del modello sociale, $F(1, 37) = 174,07$, $p < ,0001$, che a sua volta è leggermente ma significativamente più utilizzato rispetto al modello biopsicosociale, $F(1, 37) = 9,14$, $p < ,005$. Infine, tra i genitori, il modello individuale e il modello sociale sono entrambi utilizzati, con una significativa differenza tra loro, $F(1, 80) = 6,61$, $p < ,012$, mentre emerge chiaramente la differenza significativa tra modello sociale e modello biopsicosociale, $F(1, 80) = 79,42$, $p < ,0001$, ad indicare complessivamente, una compresenza dei due primi modelli, antagonisti tra loro, senza alcuno spazio per il terzo modello.

Sintesi

Dall'analisi delle risposte aperte, emerge un uso quantitativamente differente dei tre modelli in ragione dell'età dei soggetti nello spiegare una condizione di disabilità, per quanto, all'interno di ciascuna classe, il pattern delle reciproche relazioni tra i modelli risulti simile a quello delle altre. Il modello individuale è quello più utilizzato da tutte le classi di età, con un decremento costante con l'avanzare dell'età che si fa significativo nel confronto tra i bambini e i genitori; al contrario, il modello sociale – il secondo più utilizzato da tutti i soggetti – incrementa significativamente ad ogni passaggio dai più giovani ai più adulti. Il modello biopsicosociale è ugualmente inutilizzato da tutte le classi di età, senza differenze significative tra di esse. Da tutto ciò si può evincere il considerevole appeal e la indubitabile disponibilità cognitiva del modello medico di disabilità per tutti i soggetti; allo stesso tempo, appare abbastanza chiaro che al crescere dell'età emerge la propensione a fornire spiegazioni maggiormente articolate e complesse in cui trovano spazio, accanto alla dimensione della disabilità come malattia, anche opzioni maggiormente orientate verso un'interpretazione più 'sociale' e 'politica' del fenomeno disabilità e che, probabilmente, rispondono a sentimenti di solidarietà e di empatia. Mentre nei bambini più piccoli la polarizzazione è massima (i modelli sociali sono pressoché ignorati) al crescere dell'età la distanza tra i modelli tende a ridursi. Questo può dar luogo a due possibili interpretazioni: da un lato, potrebbe esservi una 'dicotomizzazione' degli adulti, divisi tra sostenitori dell'uno e dell'altro modello; dall'altro lato, il dato riscontrato potrebbe essere la spia dell'emergere di modelli misti caratterizzati dalla compresenza di tipologie di risposte teoricamente contraddittorie tra loro.

1.4.2. Spiegare la disabilità – parte seconda (domande a risposte chiuse)

Le domande a risposte chiuse hanno lo scopo di indagare se e in quale misura i modelli di disabilità siano rintracciabili anche attraverso l'uso di scelte obbligate nelle risposte. Sia ai bambini che ai genitori viene dunque chiesto, per ciascuno dei 4 stimoli già utilizzati nelle domande a risposte aperte, di esprimere su una scala a 7 punti, con punteggi intermedi (1= molto in disaccordo–4= molto d'accordo), il loro gradimento verso 11 possibili spiegazioni delle difficoltà incontrate dalla persona descritta dallo stimolo. Di queste 11 spiegazioni, 4 sono riferibili al modello individuale, 3 al modello sociale e 4 al modello biopsicosociale.

La possibilità di scelta consente ai partecipanti di tenere in considerazione esplicitamente tutte le possibili spiegazioni, anche quelle eventualmente non richiamate in memoria durante le risposte alle domande aperte.

Pertanto, per ciascuna delle possibili spiegazioni è stata costruita una misura atta a indicare il livello medio di gradimento, su una scala da 1 a 4, per ciascun dominio (disabilità/non disabilità).

Un soggetto tra i genitori è stato escluso dalle analisi per via di un numero eccessivo di risposte incomplete.

I punteggi di gradimento dei modelli di disabilità – le medie di gradimento per classi di età sono riportate nella Tabella 11 – sono stati elaborati attraverso un'analisi della varianza (ANOVA) mixed-design 3 (Gruppi di età: 6-8, 9-11, Adulti) x 3 (Modelli di disabilità: individuale, sociale, biopsicosociale), con il modello di disabilità come misura ripetuta. I risultati dell'analisi sono riportati nel Grafico 3.

GRADIMENTO MEDIO DEI MODELLI (RISPOSTE CHIUSE)				
	Età in 3 classi	Media	Dev. Stan.	N
Gradimento del modello individuale	6-8	1,8495	,48182	38
	9-11	1,7640	,41405	38
	Genitori	1,4465	,37897	80
	Totale	1,6220	,45063	156
Gradimento del modello sociale	6-8	2,2127	,59131	38
	9-11	2,2379	,46042	38
	Genitori	2,5495	,59560	80
	Totale	2,3916	,58427	156
Gradimento del modello biopsicosociale	6-8	2,2451	,53343	38
	9-11	2,1916	,44953	38
	Genitori	2,1660	,66149	80
	Totale	2,1915	,58328	156

Tabella 11. Medie di gradimento dei modelli di disabilità nelle risposte chiuse, per classi di età

Emerge un effetto principale per i modelli di disabilità, $F(2, 306) = 100,99$, $p < ,0001$, e un'interazione significativa: modelli di disabilità x gruppi di età, $F(4, 306) = 14,47$, $p < ,0001$. Analogamente a quanto fatto per le domande a risposte aperte, sono state condotte tre ANOVA univariate (one way) sui punteggi di frequenza, al fine di chiarire la natura dell'interazione. Le ANOVA hanno rivelato un effetto significativo dell'età per due tipi di modelli: il modello individuale, $F(2, 156) = 15,13$, $p < ,0001$, e il modello sociale, $F(2, 155) = 6,80$, $p < ,001$. Nessun effetto in relazione all'età è stato rintracciato per il modello biopsicosociale. I post hoc della *minima differenza significativa di Fisher* (LSD) rivelano (Tabella 12) che il modello individuale è significativamente più gradito nelle due classi di età dei bambini ($p < ,0001$), rispetto ai genitori, senza differenze significative tra quelle; i genitori aderiscono invece al modello sociale in misura maggiore e significativamente crescente sia rispetto ai bambini di 9/11 anni ($p < ,005$) sia rispetto ai bambini di 6/8 anni ($p < ,002$), mentre non emergono differenze significative tra le due classi di età dei bambini; nessuna differenza significativa legata all'età emerge invece nell'utilizzo del modello biopsicosociale che è ugualmente gradito dalle 3 diverse classi di età.

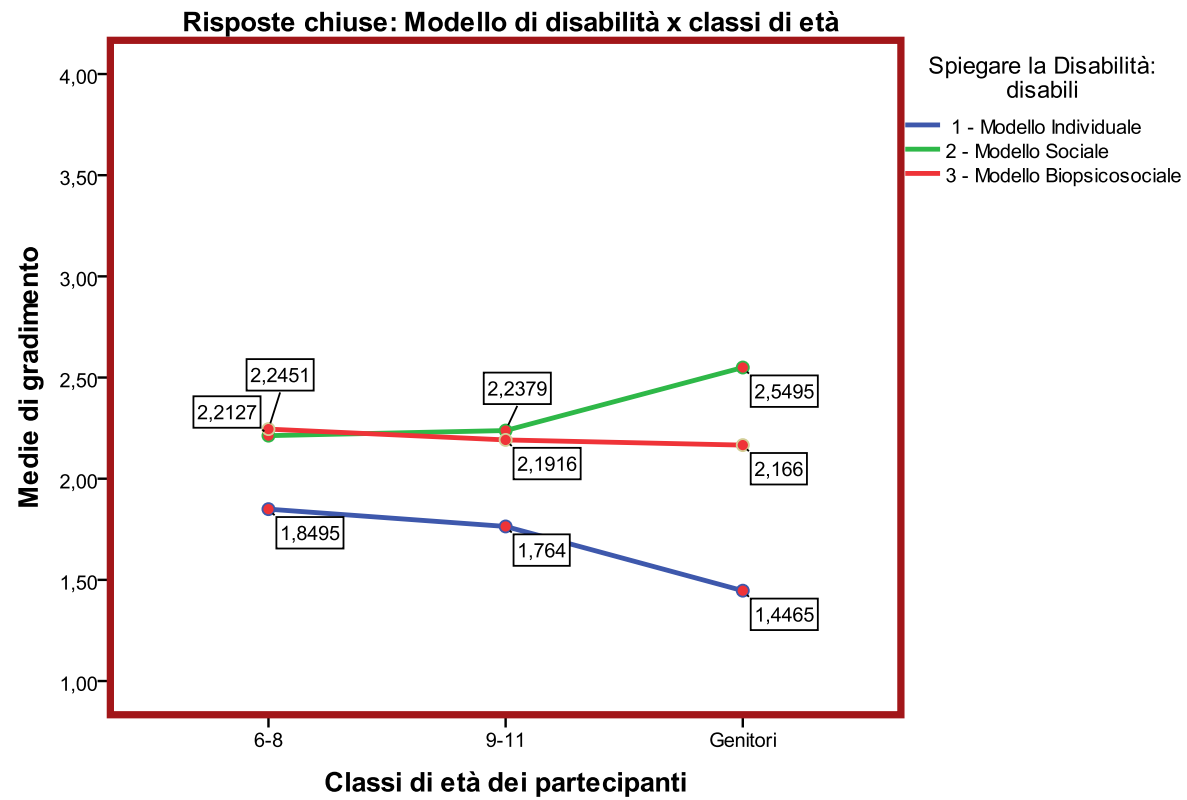


Grafico 3. Questionario 'Spiegare la disabilità' – parte seconda (risposte chiuse): Mixed-design ANOVA 3 (gruppi di età) x 3 (modelli di disabilità). Medie di gradimento dei modelli di disabilità per gli stimoli relativi a individui disabili per gruppo di età

TEST POST HOC – CONFRONTI MULTIPLI (RISPOSTE CHIUSE)							
	(I)	(J)	D.M.	Err.	Sig.	Int. di conf.	
	Età 3 cl.	Età 3 cl.	(I-J)	std.		L. inf.	L. sup.
Gradimento Modello Individuale	6-8	9-11	,085	,095	,370	-,16	,33
		Genitori	,403*	,081	,000	,19	,61
	9-11	6-8	-,085	,095	,370	-,33	,16
		Genitori	,317*	,081	,000	,10	,53
	Genitori	6-8	-,403*	,081	,000	-,61	-,19
		9-11	-,317*	,081	,000	-,53	-,10
Gradimento Modello Sociale	6-8	9-11	-,025	,129	,846	-,36	,31
		Genitori	-,345*	,111	,002	-,63	-,05
	9-11	6-8	,025	,129	,846	-,31	,36
		Genitori	-,320*	,111	,005	-,61	-,03
	Genitori	6-8	,345*	,111	,002	,05	,63
		9-11	,320*	,111	,005	,03	,61
Gradimento Modello Biopsicosoc.	6-8	9-11	,053	,134	,691	-,29	,40
		Genitori	,074	,115	,516	-,22	,37
	9-11	6-8	-,053	,134	,691	-,40	,29
		Genitori	,021	,115	,852	-,27	,32
	Genitori	6-8	-,074	,115	,516	-,37	,22
		9-11	-,021	,115	,852	-,32	,27

*. La differenza media è significativa al livello 0.01

Tabella 12. Test Post Hoc (LSD) gruppo di età per gradimento del modello di spiegazione.
 **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

ANOVE separate condotte prendendo in considerazione il genere o il contatto con la disabilità, non mostrano effetti o interazioni significative per quanto riguarda il gruppo 6-8 anni; nel gruppo 9-11 emerge un'interazione significativa che coinvolge il modello biopsicosociale rispetto al genere, $F(1, 37) = 5,19$, $p < ,029$. Dalle correlazioni emerge che i maschi gradiscono il modello biopsicosociale in misura significativamente maggiore ($p < ,029$) rispetto alle femmine. Analogamente, nel gruppo dei genitori si manifesta il medesimo effetto significativo relativamente all'interazione tra il modello biopsicosociale e il genere, $F(1, 80) = 8,11$, $p < ,006$: anche in questa classe di età, i padri scelgono maggiormente il modello biopsicosociale rispetto alle madri ($p < ,006$). Nessuna interazione significativa emerge invece relativamente al contatto con la disabilità.

Nella classe di età dei bambini 6-8, il modello sociale e quello biopsicosociale sono ugualmente e significativamente preferiti rispetto al modello

individuale, $F(1, 37) = 12,17$, $p < ,001$. Nella classe di età 9-11, ugualmente il modello sociale e il modello biopsicosociale sono significativamente più graditi del modello individuale, $F(1, 37) = 23,62$, $p < ,0001$. Infine, tra i genitori, il modello sociale è significativamente più gradito sia rispetto al modello individuale, $F(1, 79) = 286,63$, $p < ,0001$, sia rispetto al modello biopsicosociale, $F(1, 79) = 44,05$, $p < ,0001$, il quale, comunque, risulta significativamente più gradito rispetto al modello individuale, $F(1, 79) = 91,22$, $p < ,0001$.

Quel che va, in ogni caso, notato è che in nessuno dei gruppi di età considerati i soggetti esprimono un livello di gradimento propriamente positivo per alcuno dei modelli di disabilità. Il punteggio medio più alto, infatti, è quello dei genitori sul modello sociale ($M = 2,5495$) che, in realtà, rappresenta poco più che il punto di equidistanza tra i due poli della scala di gradimento. I punteggi medi dei bambini, nelle due classi di età, si collocano tutti al di sotto di tale valore. In tal senso, più che di 'gradimento', è opportuno parlare di modelli 'meno sgraditi'.

Tale effetto è riscontrabile anche nella condizione di non disabilità (Grafico 4): l'ANOVA mixed design a misure ripetute 3 (classi di età: 6-8, 9-11, genitori) x 3 (modelli di disabilità: individuale, sociale, biopsicosociale) evidenzia un effetto principale riguardo ai modelli di disabilità, $F(2, 308) = 48,16$, $p < ,0001$, e un'interazione significativa tra i modelli e le classi di età, $F(4, 308) = 4,21$, $p < ,002$. Le ANOVA univariate condotte separatamente per ciascun modello rivelano un dato significativo relativamente all'interazione tra il modello sociale e i gruppi di età, $F(2, 156) = 5,78$, $p < ,004$; ai contrasti post hoc LSD, emerge che i genitori utilizzano il modello sociale significativamente di più rispetto ai bambini 6-8 ($p < ,002$).

Nella classe di età 6-8, il modello sociale è preferito sia rispetto al modello individuale, $F(1, 37) = 4,60$, $p < ,038$, sia rispetto al modello biopsicosociale, $F(1, 37) = 8$, $p < ,008$, tra i quali, invece, non vi è differenza significativa nello scarso gradimento. Nella classe 9-11 le preferenze sono identiche a quelle della classe precedente, ma aumenta la significatività, ovvero la discriminazione tra i modelli: il modello sociale è dunque preferito sia rispetto al modello individuale, $F(1, 37) = 21,37$, $p < ,0001$, sia a quello biopsicosociale, $F(1, 37) = 18,62$, $p < ,0001$, e gli ultimi due, tra loro, risultano in egual misura poco graditi. Infine, tra i genitori il modello sociale è preferito sia al modello individuale, $F(1, 80) = 87,60$, $p < ,0001$, che al modello biopsicosociale, $F(1, 80) = 48,87$, $p < ,0001$, e tra questi ultimi due, il biopsicosociale è leggermente preferito rispetto al modello individuale, $F(1, 80) = 5,46$, $p < ,022$.

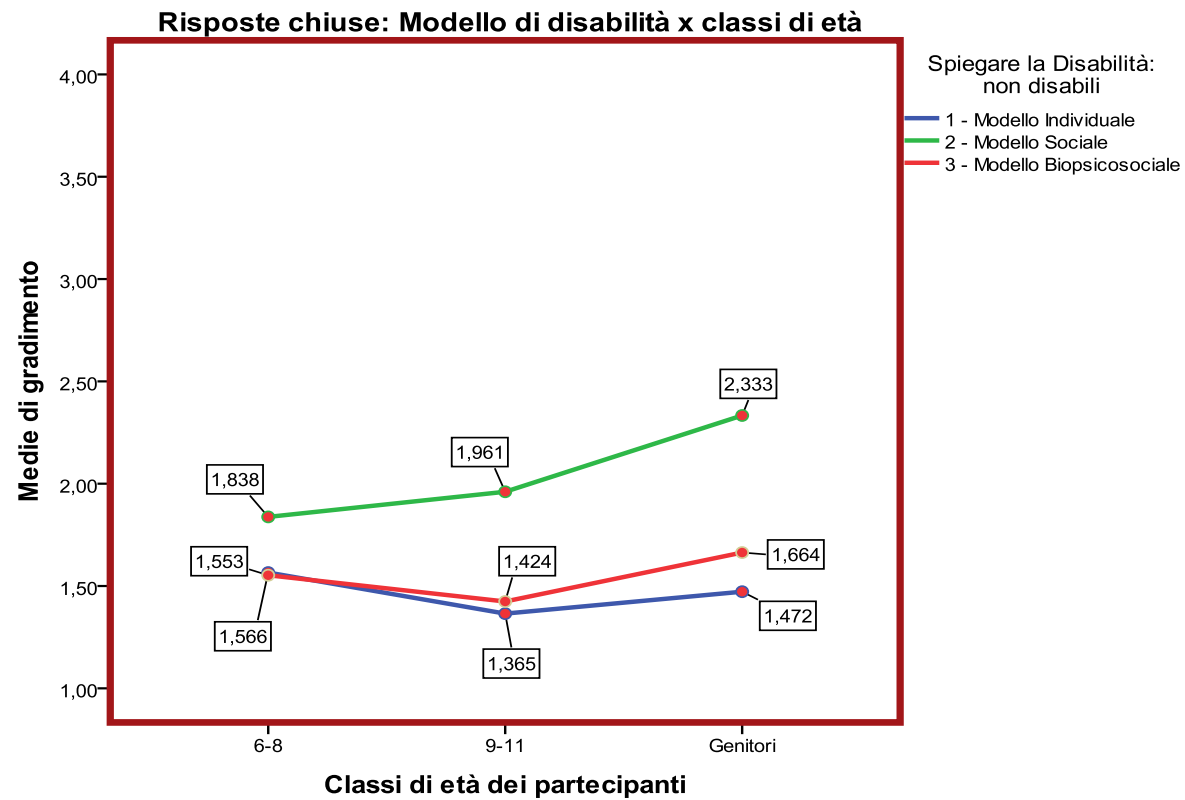


Grafico 4. Questionario 'Spiegare la disabilità' – parte seconda (risposte chiuse): Mixed-design ANOVA 3 (gruppi di età) x 3 (modelli di disabilità). Medie di gradimento dei modelli di disabilità per gli stimoli relativi a un individuo non disabile per gruppo di età

Sintesi

Nelle risposte alle domande chiuse – nelle quali il processo implicato non è il richiamo dalla memoria ma la scelta del grado di accordo con diverse opzioni disponibili – il pattern delle reciproche relazioni tra i modelli, individuato nelle risposte aperte, si inverte, in modo identico per tutte le classi di età. Per quanto nessuno dei modelli raggiunga, nella scala da 1=molto in disaccordo a 4=molto in accordo, un livello sufficientemente elevato e tale da poterlo definire propriamente ‘preferito’, tuttavia per tutte le classi di età i modelli sociali risultano significativamente più graditi rispetto a quello individuale che, nel confronto con le risposte alle domande aperte, precipita ai livelli più bassi. L’andamento dei modelli attraverso le classi di età, peraltro, risulta identico a quanto rilevato nelle risposte aperte: crescita del modello sociale e decrescita del modello individuale dai più piccoli ai più grandi. Dal pattern complessivo delle risposte, sembra emergere che la maggiore ‘ragionevolezza’ dei modelli sociali risulti sufficientemente convincente per tutti i soggetti, qualunque sia la loro età.

1.4.3. Spiegare la disabilità ai figli. La disabilità è un ‘caso speciale’?

Il gradimento da parte dei genitori per ciascun modello (range: 1-5, individuale, sociale, biopsicosociale) nella situazione di immaginare di dover spiegare al proprio figlio 5 differenti tipi di ‘diversità’ (disabilità fisica, disabilità cognitiva, migranti, gay, animali ‘attaccati dall’inquinamento prodotto dall’uomo), è stato analizzato in una ANOVA 2 (classi di genitori per età dei figli: 1) genitori 6-8, 2) genitori 9-11) x 2 (condizione di diversità: 1) disabile, 2) non disabile) con la condizione di diversità come misura ripetuta. Ciò che emerge è un effetto principale per i modelli di disabilità $F(5, 370) = 64,63$, $p < ,0001$ e nessuna interazione significativa. I risultati dell’analisi sono riportati nel Grafico 5. Tramite Test t per campioni appaiati e considerando i genitori come un’unica classe per via dell’inesistenza di differenze significative tra i due sottogruppi di bambini, il modello biopsicosociale risulta significativamente più gradito del modello sociale (Disabilità: $t(75)=7,13$, $p<,0001$; Non Disabilità: $t(75)=4,66$, $p<,0001$) e di quello individuale (D, 9-11: $t(75)=11$, $p<,0001$; ND 9-11: $t(75)=10,6$, $p<,0001$) e quello sociale più gradito di quello individuale (D, 9-11: $t(75)=6,51$, $p<,0001$; ND, 9-11: $t(75)=10,11$, $p<,0001$). Comparando (Test t per campioni appaiati) all’interno di ciascuna delle due classi di ge-

nitore, le medie di ciascun modello per le due condizioni (disabilità/non disabilità) emerge unicamente, in entrambe le classi, una differenza significativa nel gradimento del modello sociale per spiegare una condizione di non disabilità, rispetto alla condizione di disabilità (6-8: $t(37) = -2,1, p < ,050$; 9-11: $t(37) = -2, p < ,050$).

I risultati dell'indagine su quale sia il modello più gradito ai genitori per spiegare la disabilità ai figli possono essere confrontati con le risposte dei genitori alle domande chiuse, analizzate precedentemente, che indagavano il modo di spiegarsi la disabilità da parte dei soggetti. Nelle risposte alle domande chiuse dei soli genitori, al Test t per campioni indipendenti, non emerge nessuna differenza significativa tra le due classi (genitori 6-8 e 9-11) nell'uso di ciascun modello in ognuna delle due condizioni (disabilità/non disabilità). Considerando, pertanto, i genitori come una classe unica, al Test t per campioni appaiati risulta che, in ciascuna delle due condizioni, il modello sociale è più gradito sia del modello individuale (D: $t(75)=15,90, p<,0001$; ND: $t(75)=-9,04, p<,0001$) sia di quello biopsicosociale (D: $t(75)=-4,38, p<,0001$; ND: $t(75)=7,40, p<,0001$) con quest'ultimo più gradito dell'individuale. Inoltre, sia il modello sociale ($t(75)=3,04, p<,003$) sia quello biopsicosociale ($t(75)=7,46, p<,0001$) sono significativamente più graditi nella condizione di disabilità rispetto a quella di non disabilità.

Sintesi

Nello spiegare la disabilità e le condizioni di emarginazione ai propri figli, i genitori non si comportano in modo diverso a seconda dell'età dei figli: il modello biopsicosociale è il preferito, seguito dal modello sociale e, per ultimo, da quello individuale. Peraltro, la disabilità non sembra essere un 'caso speciale', rispetto ad altre forme di diversità: l'unica differenza che emerge, infatti, sembra riguardare il modello sociale, maggiormente utilizzato nello spiegare situazioni di emarginazione differente rispetto alla disabilità vera e propria. Nel confronto tra le risposte sull'educazione genitoriale e quelle dei genitori alle domande chiuse, l'inversione nel gradimento del modello sociale (più gradito per i disabili nelle risposte chiuse e per i non disabili nell'educazione genitoriale) può essere spiegata in ragione della differente natura degli stimoli presentati nei due test: mentre nelle risposte chiuse la non disabilità è rappresentata da una giovane donna 'normodotata', nel questionario sull'educazione genitoriale la non disabilità è rappresentata non dalla 'normalità' bensì da altre forme di emarginazione (migranti, gay, ecc.), ovvero da altre diversità.

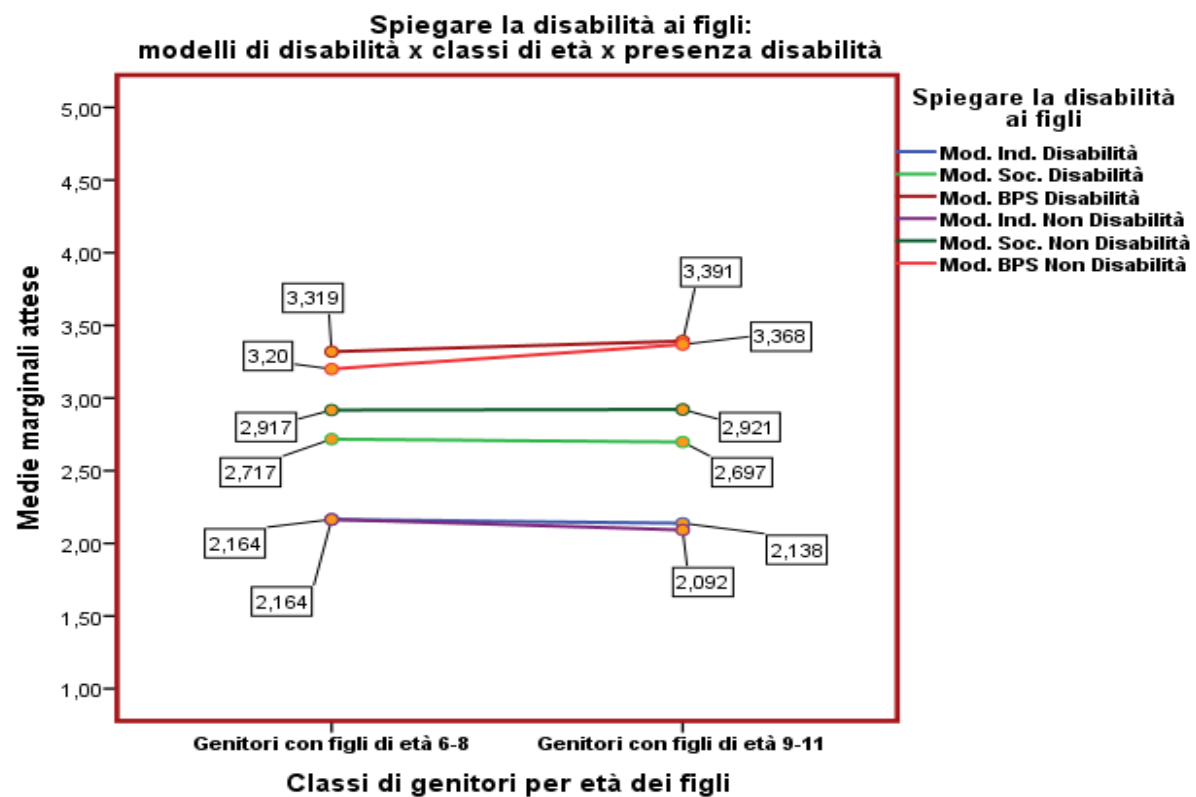


Grafico 5. Questionario 'Spiegare la disabilità ai figli': Mixed-design ANOVA 2 (gruppi di genitori per età dei figli) x 3 (modelli di disabilità). Medie di preferenza dei modelli di disabilità per stimoli relativi a un stimoli relativi alla disabilità e alla non disabilità per gruppo di genitori.

Pertanto, ferma restando la preferenza esplicita per modelli di tipo sociale nello spiegare i diversi tipi di difficoltà che le persone possono incontrare nella loro esistenza, ciò che emerge con chiarezza è che la lettura in termini di 'conflitto sociale', propria del modello sociale, è preferita per spiegare condizioni di emarginazione quando queste sono confrontate con la disabilità, mentre è vero il contrario se il termine di confronto è la 'normalità'. Con ciò si può affermare non tanto che la disabilità sia percepita come uno stato di emarginazione meno forte rispetto ad altri, quanto, probabilmente, che il ruolo 'oppressivo' o 'ostacolante' del resto del mondo – rappresentato dal modello sociale – è ritenuto meno determinante, almeno rispetto alle condizioni fisiche, nello spiegare le difficoltà di un disabile se confrontate con quelle di un altro emarginato.

1.4.4. Conoscenze sulla disabilità, interessi e attività

Le analisi che seguono prendono in considerazione alcuni fattori relativi al complesso della cultura e delle abitudini dei bambini. In particolare, sono state prese in considerazione la 'Scala delle conoscenze', la 'Scala degli interessi e delle attività' dei bambini e la scala degli 'Interessi e attività incoraggiate dai genitori', che è compilata dai genitori stessi. In generale, il punteggio più alto corrisponde o a una maggiore conoscenza, o a un maggiore interesse, o a un maggiore incoraggiamento genitoriale; per la scala degli stereotipi il punteggio maggiore indica una più consistente presenza di stereotipi sulla disabilità. Sono state quindi condotte alcune *one way* ANOVA sulle due classi di età per ciascuna delle scale (Tabella 13). I bambini di 9-11 hanno significativamente più conoscenze e meno stereotipi sulla disabilità dei bambini di 6-8 anni ($F= 9,21$ con $p= ,003$; $F=6,94$ con $p= ,010$); i genitori, inoltre, incoraggiano interessi o attività culturali (es.: andare a un museo, leggere libri, leggere un quotidiano, ecc.) in modo significativamente più alto nei bambini più grandi ($F=5,36$, $p= ,020$). Non emergono differenze significative in nessuna delle altre scale.

Analisi degli effetti del genere o della presenza in classe di un compagno disabile sulle conoscenze e gli stereotipi non evidenziano alcuna significatività, così come le analisi sugli effetti del genere sugli interessi e le attività preferite dai bambini.

CONOSCENZE, INTERESSI, ATTIVITÀ DEI BAMBINI				
SCALA	M 6-8 (ds)	M 9-11 (ds)	F	Sig.
Scala delle Conoscenze (1-4)				
• Conoscenze	2,63 (.58)	3,02 (.54)	9,21	,003
• Stereotipi	2,03 (.62)	1,73 (.33)	6,94	,010
Interessi e attività dei bambini (1-5)				
• Religione	3,16 (.74)	3,08 (.63)	,28	,59
• Corpo Umano	2,84 (.56)	2,74 (.81)	,38	,53
• Attività sociali	2,76 (.67)	2,82 (.59)	,13	,71
• Generale	3,17 (.84)	3,23 (.98)	,09	,76
Interessi e attività incoraggiate dai genitori (1-5)				
• Musica	2,81 (.88)	2,97 (.88)	,60	,43
• Religione	3,40 (.99)	3,35 (.97)	,04	,83
• Sport	3,11 (.71)	3,0 (.74)	,43	,51
• Cultura	3,36 (.78)	3,76 (.69)	5,36	,02
• Sociale	3,51 (.59)	3,66 (.61)	1,10	,29

Tabella 13. Scala delle conoscenze, scala degli Interessi e attività dei bambini e scala degli Interessi e attività incoraggiate dai genitori: medie (deviazione standard) , valore di F e significatività nel confronto tra le due classi di età (6-8 e 9-11).

Sintesi

Il complesso di elementi culturali, abitudini, interessi e attività dei bambini non evidenzia, nella maggior parte dei casi, differenze significative tra le due classi di età dei soggetti. La costruzione dell'ambiente culturale da parte dei genitori, prevalentemente attraverso l'incoraggiamento di alcuni tipi di interesse o di attività, non è differente per i due gruppi, eccezion fatta per una maggiore pressione sulle attività culturali esercitata dai genitori dei bambini più grandi. Emergono invece differenze significative sul livello di conoscenze e di stereotipi posseduti dai bambini: se per entrambi i gruppi di età il livello delle conoscenze sulla disabilità è certamente più alto di quello degli stereotipi, è anche vero che al crescere dell'età crescono le conoscenze e, significativamente, decrescono gli stereotipi.

1.4.5. Tipologia delle credenze: la coerenza esplicativa

Le analisi effettuate sulle risposte sia alle domande aperte sia alle domande chiuse (par. 1.4.1 e 1.4.2) rivelano il comportamento dei diversi gruppi di soggetti (bambini 6-8 anni, bambini 9-11 anni e genitori) di fronte alla richiesta di spiegare la disabilità, ovvero i motivi per i quali persone con disabilità e senza disabilità incontrano difficoltà nella vita. I risultati ottenuti consentono di verificare il comportamento dei diversi soggetti come 'gruppi' ma non di apprezzare le differenze individuali. In particolare, dai dati ottenuti in versione aggregata è difficile valutare se e in che misura i soggetti aderiscono, dicotomizzandosi, all'uno o all'altro dei modelli opposti medico/individuale e sociale o se, invece, non prevalgano forme 'miste', entro le quali coesistono aspetti dell'uno e dell'altro modello, o, ancora – è il caso delle risposte alle domande chiuse – il punteggio di gradimento relativamente basso per ciascuno dei modelli non nasconda, invece, una sostanziale 'neutralità' rispetto alle opzioni disponibili.

Se due modelli presentano impianti teorici contraddittori, difficilmente potranno coesistere all'interno di una cornice esplicativa coerente e unitaria. Ad esempio, il fatto di considerare la disabilità come una tragedia individuale a cui solo i sanitari possono dare una risposta è in contraddizione con la credenza per cui essa sia un fatto meramente sociale, ovvero un fenomeno creato da una società ostile a chiunque possieda un corpo differente dallo standard condiviso di normalità.

Al fine di tracciare un profilo più accurato e fedele alle differenze individuali tra i soggetti, sono state costruite due misure composte della consistenza dei modelli, ottenute combinando le risposte relative ai modelli medico-individuale e sociale alle risposte aperte e a quelle chiuse. La prima misura si basa sulla scala delle frequenze (0-3) delle domande a risposte aperte, mentre la seconda è costruita sulla scala di gradimento (1-4) delle domande a risposte chiuse. In linea generale, ciascuna delle due misure si ottiene sottraendo a ciascun punteggio relativo o alla media delle frequenze (min. 0 max. 3) o alla media di gradimento (min. 1 max. 4) del modello individuale, quello corrispettivo ottenuto nel modello sociale. Si ottiene così una scala che può andare da un valore minimo di **-3** a un valore massimo di **+3**, dove il punteggio più alto indica una più alta frequenza di ricorso al modello individuale.

Si costruiscono, dunque, 4 tipologie di consistenza dei modelli (Tabella 14), facendo riferimento ai punteggi grezzi ottenuti dalla scala di accordo/di-saccordo in questo modo:

1. Modello sociale >2,5 (1,5) no individuale ≤2,5 (1,5)
2. Modello sociale e individuale entrambi >2,5 (1,5)
3. Modello individuale >2,5 no sociale ≤2,5 (1,5)
4. Poco l'uno e Poco l'altro ≤2,5 (1,5)

RA	0	0,5	1	1,5	2	2,5	3
RC	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
	individuale				sociale		
					individuale e sociale		
	sociale				individuale		
	poco l'uno e poco l'altro						

Tabella 14. Scala etc

È opportuno qui ricordare che nelle domande a risposte aperte i soggetti devono 'costruire' delle spiegazioni sulla disabilità, mentre, nelle domande a risposte chiuse, essi esprimono una misura del loro gradimento (1-4, con punteggi intermedi) per ciascuna delle affermazioni contenute in una lista che riflette i diversi aspetti dei modelli di disabilità. Le Tabelle 15 e 16 riportano, rispettivamente, le frequenze e il grado di accordo sulle 4 tipologie di modelli composti, da parte dei soggetti suddivisi nelle 3 classi di età (bambini 6-8, bambini 9-11 e genitori).

TIPOLOGIE DEI MODELLI INDIVIDUALE E SOCIALE NELLE RISPOSTE APERTE			
Tipologia	Gruppi di età		
	Bambini 6-8	Bambini 9-11	Genitori
Poco l'uno e poco l'altro	0%	2,6%	2,5%
Sociale e individuale	0%	10,5%	17,3%
Sociale/No individuale	0%	0%	28,4%
Individuale/No sociale	100%	86,8%	51,9%

Tabella 15. Risposte aperte: tipologia dei modelli di disabilità nelle 3 classi di età.

TIPOLOGIE DEI MODELLI INDIVIDUALE E SOCIALE NELLE RISPOSTE CHIUSE			
Tipologia	Gruppi di età		
	Bambini 6-8	Bambini 9-11	Genitori
Poco l'uno e poco l'altro	65,8%	42,1%	45,7%
Sociale e individuale	7,9%	0%	1,2%
Sociale/No individuale	26,3%	44,7%	53,1%
Individuale/No sociale	0%	13,2%	0%

Tabella 16. Risposte chiuse: tipologia dei modelli di disabilità nelle 3 classi di età.

Nelle risposte alle domande aperte (Tabella 15) la totalità dei bambini di 6-8 anni (100%) aderisce al modello individuale. Al crescere dell'età, la percentuale di chi professa questo modello decresce progressivamente, dall'86,8% dei bambini di 9-11 anni sino al 51,9% dei genitori. Il modello sociale, invece, non è popolare tra i bambini (0% sia nella classe 6-8 che nella classe 9-11) ma è la credenza più forte per quasi un terzo dei genitori (28,4%). Le adesioni a un modello misto (la compresenza di elementi provenienti da entrambi i modelli) crescono con l'età: dallo 0% dei bambini di 6-8 anni, al 10,5% dei bambini di 9-11 anni, sino al 17,3% dei genitori, pur mantenendosi su un numero di occorrenze comunque basso. Da questi dati emerge una tendenza alla polarizzazione dei modelli nei bambini e alla dicotomizzazione nei genitori; in ogni caso, in quasi tutti i soggetti è possibile rintracciare almeno un modello con sufficiente chiarezza e ciò è confermato dal fatto che la 'non preferenza' (poco dell'uno e poco dell'altro) è poco frequente in tutte le classi di età: 0% nei 6-8, 2,6% nei 9-11, 2,5% nei genitori.

Nelle risposte alle domande chiuse (Tabella 16) la percentuale di aderenti al modello individuale crolla verticalmente: 0% nei bambini 6-8, 13,2% nei bambini 9-11, 0% nei genitori; aumenta sino a raddoppiare, invece, al crescere dell'età, la percentuale di soggetti che dichiara la propria preferenza per il modello sociale: dal 26,3% dei 6-8, al 44,7% dei 9-11, sino al 53,1% dei genitori. Mentre il modello misto è creduto da una percentuale esigua di soggetti in tutte le classi di età (7,9% nei 6-8, 0% nei 9-11 e 1,2% nei genitori), il dato di rilievo è la percentuale di coloro i quali non esprimono una preferenza sufficientemente elevata, tale cioè da consentire un'attribuzione di preferenza chiara, per nessuno dei due modelli: il 65,8% dei 6-8, il 42,1% dei 9-11 e il 45,7% dei genitori. Sembra, dunque, che, posta di fronte alla scelta di spiegarsi la disabilità con espressioni chiaramente

te riconducibili a uno dei due modelli di disabilità, circa la metà dei soggetti di ciascuna classe di età esprima più un 'disaccordo' che un 'accordo' rispetto a tali espressioni. È interessante notare che le due misure della consistenza dei modelli (quella per le risposte aperte e quella per le risposte chiuse) non correlano tra loro all'interno di ogni classe di età, ma se il campione è considerato globalmente vi è una correlazione altamente significativa ($p < .0001$). Un'interpretazione plausibile di tutto ciò, in grado di spiegare anche la caduta verticale delle adesioni al modello individuale di disabilità nel passaggio dalle risposte aperte alle risposte chiuse, può chiamare in causa due aspetti: in primo luogo, il modello medico individuale, per quanto massicciamente presente nelle espressioni 'spontanee' dei soggetti, appare agli stessi piuttosto sgradevole quando 'rivelato', cioè offerto come scelta possibile, mettendone in evidenza esplicitamente gli aspetti fondanti; allo stesso tempo, e in secondo luogo, il modello sociale, mentre appare certamente preferibile per un gran numero di soggetti, in proporzione crescente con l'avanzare dell'età, risulta comunque poco convincente per una buona metà degli appartenenti a ciascuna classe di età. In altre parole, le occorrenze riferibili al modello sociale aumentano nel passaggio dalle risposte aperte alle risposte chiuse, ma il modello rimane poco convincente per una buona metà del campione, soprattutto per i bambini più piccoli. Questi ultimi, se per 1/3 aderiscono al modello sociale, per 2/3 sembrano, da un lato percepire la minore ragionevolezza del modello individuale ma, dall'altro, non sentire sufficientemente attrattivo il potere esplicativo del modello sociale. I bambini di 9-11 anni e i genitori si comportano in modo simile tra loro e dicotomico: una metà aderisce al modello sociale, l'altra metà non è convinta da nessuno dei due modelli. È pertanto ragionevole ritenere che coloro i quali aderivano convintamente al modello individuale nelle risposte aperte, si siano poi diretti, nelle risposte chiuse, soprattutto verso il poco di entrambi i modelli; un dato significativo in questo senso è che l'adesione alla tipologia individuale/no sociale nelle risposte aperte correla a) *negativamente* con l'adesione alla tipologia sociale/no individuale e b) *positivamente* con il poco dell'uno e poco dell'altro, nelle risposte chiuse. Questi risultati, peraltro, sembrano confermare anche l'ipotesi secondo cui i due modelli siano inconciliabili l'uno con l'altro anche nell'esperienza delle persone: la presenza di un modello misto, con valori elevati di frequenza o di gradimento per ognuno dei due, è minima e, dunque, il 'poco dell'uno e poco dell'altro' come tipologia preminente nelle risposte chiuse sembra, più che rivelare, nascondere l'adesione 'implicita' o più inconsapevole, espressa nelle risposte aper-

te, al modello individuale. Quali che siano le ragioni del 'nascondere', il crollo della tipologia individuale e il relativo aumento di quella sociale, dalle risposte aperte a quelle chiuse, sembrano testimoniare la possibilità di un'educabilità ai modelli sociali: il modello sociale è, comunque, 'più conveniente' (anche se, forse, poco 'convincente') di quello individuale.

1.4.6. Modelli dei bambini, modelli genitoriali e fattori ambientali

L'analisi che segue prende in considerazione le frequenze e il gradimento dei bambini, quindi sia le domande aperte che quelle chiuse, per i due modelli medico/individuale e sociale, le quattro identiche variabili per i genitori e l'insieme degli indicatori rilevati relativi ai fattori socio culturali dei bambini, ovvero le loro conoscenze e stereotipi, le loro attività e interessi e le attività e gli interessi che i genitori dichiarano di incoraggiare nei figli.

Per indagare la misura in cui i modelli genitoriali influenzano il tipo di ambiente in cui i bambini vivono, sulle variabili sopra riportate, con l'aggiunta dell'età dei bambini, è stato calcolato il coefficiente di correlazione di Pearson. I risultati dell'analisi sono riportati nella Tabella 17.

Al crescere dell'età, crescono le adesioni dei bambini al modello sociale nelle risposte aperte ($p < ,01$), diminuiscono gli stereotipi ($p < ,01$), si accrescono le conoscenze sulla disabilità ($p < ,01$) e aumenta l'incoraggiamento dei genitori verso interessi e attività di natura culturale ($p < ,01$).

Quanto più i genitori utilizzano il modello sociale nelle risposte aperte, tanto meno i bambini aderiscono al modello individuale sia nelle risposte aperte ($p < ,05$) sia nelle risposte chiuse ($p < ,05$); inoltre, quanto più i genitori utilizzano il modello individuale nelle risposte chiuse tanto più i bambini gradiscono il modello sociale nello stesso tipo di risposta ($p < ,05$). Il gradimento del modello medico/individuale nelle risposte chiuse da parte dei bambini correla positivamente con la quantità di stereotipi ($p < ,05$) e il gradimento per attività e interessi di tipo sociale ($p < ,01$), mentre la relazione è inversa con gli interessi e le attività di tipo generale ($p < ,01$). Quanto più i bambini esprimono una preferenza per il modello sociale alle risposte chiuse, tanto più è alto il loro livello di conoscenze sulla disabilità e tanto minori sono i loro interessi e le loro attività di tipo sociale ($p < ,05$). Quanto maggiore è la conoscenza sulla disabilità, tanto minori sono gli interessi e le attività dei bambini di tipo sociale ($p < ,01$) e relative a corpo e

salute ($p < ,05$) e tanto maggiori sono gli interessi di tipo generale ($p < ,05$). Curiosamente, il livello delle conoscenze dei bambini è inversamente correlato con il gradimento del modello sociale da parte dei genitori nelle risposte chiuse.

La frequenza del modello individuale nei genitori è inversamente correlata agli interessi e alle attività di tipo sociale ($p < ,05$), positivamente correlata con gli interessi e le attività di tipo generale ($p < ,05$) e positivamente correlata con l'incoraggiamento, nei figli, a praticare attività connesse con la religione ($p < ,05$). La frequenza del modello sociale nelle risposte chiuse dei genitori è, invece, correlata positivamente con la spinta a coltivare lo sport ($p < ,05$).

Al fine di ottenere una misura unica per ciascun tipo di risposta (aperte e chiuse) della consistenza dei modelli genitoriali, sulla base dei punteggi ottenuti sulle frequenze (0-3) e sul gradimento (1-4) dei modelli individuale e sociale da parte dei genitori, sono state create due scale di consistenza dei modelli genitoriali, una per ciascuna tipologia di questionario, entrambe con punteggi variabili da - 3 a + 3.

Queste scale di consistenza sono state nuovamente correlate con tutte le misure utilizzate nella precedente analisi, con l'esclusione delle frequenze e del gradimento dei genitori separati per modelli (righe 17, 18, 19, 20 nella Tabella 17) e dell'età, dal momento che, in questo caso, sono state effettuate due correlazioni separate per ciascuna delle due classi di età (6-8 e 9-11) dei bambini.

Nella classe di età 6-8 (Tabella 18) le frequenze sul modello individuale (risposte aperte) correlano negativamente con la spinta genitoriale alle attività religiose ($p < ,05$) e a quelle sociali ($p < ,05$). Il gradimento del modello individuale, invece, correla positivamente con interessi e attività di tipo sociale graditi dal bambino ($p < ,05$). Il gradimento del modello sociale correla positivamente con le conoscenze possedute dal bambino sulla disabilità ($p < ,01$) e con gli interessi e la preferenza per attività di tipo generale ($p < ,05$).

INDICE DI CORRELAZIONE DI PEARSON – TUTTI I BAMBINI (N =76)																			
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16	17	18	19
1 Età																			
2 F. Ind BA	-,11																		
3 F. Soc BA	,45**	-,23*																	
4 Gr. Ind BA	-,16	,13	-,17																
5 Gr. Soc. BA	-,03	,11	,04	,19															
6 Stereotipi	-,39**	,11	-,19	,26*	,13														
7 Conoscenze	,33**	,09	,18	,02	,45**	,05													
8 IA Religione	,03	,14	-,00	-,02	,13	,05	,06												
9 IA Corpo	-,14	,02	-,11	,04	-,11	,02	-,23*	-,34**											
10 IA Sociale	,02	,01	,03	,36**	-,25*	-,14	-,33**	-,15	,09										
11 IA Generale	,07	-,06	,11	-,35**	,18	,00	,29*	-,25*	-,38**	-,64**									
12 G-IA Mus.	,21	-,03	,13	-,10	-,16	-,03	,15	-,04	,00	,00	,13								
13 G_IA Relig.	,01	-,06	-,02	-,03	-,06	,16	-,08	,16	,01	-,14	-,05	,16							
14 G IA Sport	,06	,12	,00	-,10	,02	-,01	-,01	,08	,05	-,10	,03	,49**	,43**						
15 G IA Cult.	,33**	,01	,16	-,07	-,19	-,21	,00	-,03	-,06	,12	,04	,49**	,26*	,47**					
16 G IA Soc.	,14	-,08	-,01	-,07	-,06	,00	,01	-,02	,04	-,10	,06	,42**	,45**	,56**	,69**				
17 F. Ind. GE	-,08	,11	-,13	,04	,07	,03	,10	-,11	-,03	-,24*	,27*	-,01	,09	,01	-,07	-,05			
18 F. Soc. GE	,15	-,22*	,09	-,24*	,00	-,20	,06	,13	-,15	,02	,00	,11	-,00	-,04	,00	-,00	-,64**		
19 Gr. Ind. GE	-,01	,02	,01	-,11	-,23*	-,02	-,19	,16	-,05	-,13	-,03	-,13	,24*	,17	-,06	-,05	-,01	,04	
20 Gr. Soc GE	-,04	,01	,12	-,13	-,05	-,13	-,26*	,02	,15	,03	-,16	-,02	,04	,27*	,06	,12	-,08	,08	,35**

Tabella 17. Campione generale - Indici di correlazione di Pearson tra frequenze e gradimento dei modelli genitoriali, frequenze e gradimento dei modelli dei bambini, conoscenze e stereotipi dei bambini, Interessi e attività dei bambini, interessi e attività incoraggiate dai genitori, età. (F. Ind BA: frequenze modello individuale bambini; F. Soc BA: frequenze modello sociale bambini; Gr. Ind. BA: Gradimento modello individuale bambini; Gr. Soc. BA: gradimento modello sociale bambini; IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

È interessante notare che, in questa classe di età, il gradimento espresso per attività di tipo sociale è inversamente correlato con il livello di conoscenze posseduto ($p < ,01$) che, a sua volta, è positivamente correlato con la preferenza da parte del bambino di interessi e attività di carattere generale ($p < ,05$). Inoltre, è da notare che quanto più i genitori esprimono una preferenza per il modello individuale alle risposte chiuse, tanto meno i bambini dichiareranno un interesse per attività che hanno a che fare con il corpo e la salute.

Nella classe di età 9-11 (Tabella 19) le frequenze del modello sociale nei bambini sono inversamente correlate con il gradimento dei genitori verso il modello individuale nelle risposte chiuse mentre le frequenze del modello individuale nei genitori sono positivamente correlate con il gradimento verso il modello individuale nei bambini. Quest'ultimo, inoltre, correla positivamente con gli stereotipi ($p < ,05$) e gli interessi in ambito sociale ($p < ,05$) e negativamente con gli interessi e le attività generali ($p < ,01$). Il gradimento verso il modello sociale è positivamente correlato con il livello di conoscenze sulla disabilità ($p < ,05$) e con gli interessi e le attività di tipo religioso ($p < ,05$). Quanto più i bambini hanno interessi e attività di carattere generale, tanto meno stereotipi avranno ($p < ,05$) mentre più i genitori incoraggiano gli interessi musicali, maggiori saranno le conoscenze dei bambini sulla disabilità ($p < ,05$). Il gradimento dei bambini verso le attività religiose è correlato con la spinta genitoriale ad avere interessi in tal senso ($p < ,01$) e gli interessi e le attività di carattere generale correlano con l'incoraggiamento verso le attività musicali da parte dei genitori ($p < ,05$).

Sintesi

Dalle correlazioni tra i modelli manifestati dai bambini (espressi nelle risposte aperte e graditi nelle risposte chiuse) e l'insieme delle variabili che definiscono sia gli interessi e le attività preferite, sia alcuni importanti elementi del contesto entro il quale essi vivono, emergono significatività 'a macchia di leopardo', tali per cui, nel campione complessivo, è difficile individuare correlazioni forti e univoche.

I modelli genitoriali, sia presi uno a uno sia composti in una misura di consistenza unitaria per tipo di risposta, correlano solo debolmente con le credenze dei bambini (nessuna correlazione significativa tra i 6-8 anni mentre, tra i 9 e gli 11 anni, la correlazione è coerente con i contenuti dei modelli ma incrociata, ovvero le risposte chiuse degli uni correlano con le risposte aperte degli altri e solo per le frequenze del modello sociale e il

INDICE DI CORRELAZIONE DI PEARSON – BAMBINI 6-8 (N = 38)																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1F. Ind BA																
2 F. Soc BA	-,276															
3 Gr. Ind BA	,074	-,170														
4 Gr. Soc. BA	,260	-,072	,298													
5 Stereotipi	-,042	,052	,202	,244												
6 Conoscenze	,089	-,047	,041	,541**	,319											
7 IA Religione	,094	,039	-,238	,011	-,081	,310										
8 IA Corpo	,164	,010	,046	-,072	-,010	-,293	-,348*									
9 IA Sociale	,133	,073	,394*	-,299	-,235	-,493**	-,236	,148								
10 IA Generale	-,056	-,085	-,151	,344*	,232	,376*	-,275	-,435**	-,637**							
11 G IA Mus.	-,247	,173	,039	-,261	,053	-,072	,021	,171	,110	-,165						
12 G IA Relig.	-,358*	,018	-,195	-,117	,113	-,108	-,100	,061	-,234	,174	,441**					
13 G IA Sport	-,065	,037	,019	,078	-,168	-,101	,074	,080	,007	-,033	,468**	,470**				
14 G IA Cult.	-,112	-,076	,103	-,180	-,232	-,151	-,077	,020	,040	,080	,569**	,325*	,592**			
15 G IA Soc.	-,326*	-,008	-,036	,039	-,003	-,041	-,141	,062	-,153	,195	,511**	,577**	,608**	,708**		
16 M. Cons. RA	,282	-,236	,017	,150	,068	-,103	-,072	-,095	-,124	,274	-,223	,148	,088	,055	,010	
17 M. Cons. RC	-,216	,300	-,034	-,053	,270	,231	,235	-,464**	-,286	,311	-,114	,093	-,210	-,118	-,179	-,077

Tabella 18. Campione bambini 6- 8 - Indici di correlazione di Pearson tra misure di consistenza dei modelli genitoriali, frequenze e gradimento dei modelli dei bambini, conoscenze e stereotipi dei bambini, Interessi e attività dei bambini, interessi e attività incoraggiate dai genitori, età. (F. Ind BA: frequenze modello individuale bambini; F. Soc BA: frequenze modello sociale bambini; Gr. Ind. BA: Gradimento modello individuale bambini; Gr. Soc. BA: gradimento modello sociale bambini; IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

INDICE DI CORRELAZIONE DI PEARSON – BAMBINI 9-11 (N = 38)																
	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
1F. Ind BA																
2 F. Soc BA	-,219															
3 Gr. Ind BA	,183	-,187														
4 Gr. Soc. BA	,003	,090	,058													
5 Stereotipi	,293	-,235	,383*	-,057												
6 Conoscenze	,153	,116	,092	,378*	-,104											
7 IA Religione	,188	,022	,256	,325*	,295	-,184										
8 IA Corpo	-,053	-,127	,041	-,169	,021	-,186	-,365*									
9 IA Sociale	-,076	,006	,340*	-,199	,044	-,212	-,036	,067								
10 IA Generale	-,067	,166	-,569**	,008	-,330*	,230	-,234	-,360*	-,667**							
11 G IA Mus.	,114	,113	-,265	-,052	-,128	,352*	-,112	-,108	-,126	,393*						
12 G IA Relig.	,133	-,026	,159	,009	,289	-,051	,484**	-,018	-,039	-,253	-,117					
13 G IA Sport	,244	,049	-,255	-,044	,190	,130	,096	,030	-,223	,103	,533**	,397*				
14 G IA Cult.	,147	,151	-,260	-,254	,023	-,003	,053	-,109	,225	,003	,398*	,220	,431**			
15 G IA Soc.	,086	-,098	-,089	-,202	,130	-,015	,126	,041	-,058	-,045	,319	,339*	,559**	,678**		
16 M. Cons. RA	,123	-,075	,331*	-,108	,212	,229	-,235	,177	-,167	,035	,098	-,060	-,029	-,121	-,040	
17 M. Cons. RC	,163	-,366*	,213	-,152	-,027	-,015	-,077	,028	,035	-,006	-,024	,101	-,132	-,160	-,192	,212

Tabella 19. Campione bambini 9- 11 - Indici di correlazione di Pearson tra misure di consistenza dei modelli genitoriali, frequenze e gradimento dei modelli dei bambini, conoscenze e stereotipi dei bambini, Interessi e attività dei bambini, interessi e attività incoraggiate dai genitori, età. (F. Ind BA: frequenze modello individuale bambini; F. Soc BA: frequenze modello sociale bambini; Gr. Ind. BA: Gradimento modello individuale bambini; Gr. Soc. BA: gradimento modello sociale bambini; IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

gradimento del modello individuale dei bambini; va però notato che proprio per questi ultimi due casi la percentuale di occorrenze è, complessivamente, molto bassa, come si può evincere dalle tabelle 15 e 16, e pertanto le correlazioni individuate non sembrano richiedere la necessità di un'interpretazione).

Altre correlazioni significative sono evidenti tra le credenze dei bambini e il livello di conoscenze e stereotipi (in modo abbastanza coerente: un alto livello di conoscenze correla positivamente con l'espressione di modelli sociali e un alto livello di stereotipi correla con il maggiore gradimento di modelli individuali) e con gli interessi e le attività gradite dai bambini. In particolare, l'interesse per attività di tipo sociale correla positivamente, sia per i 6-8 anni che per i 9-11, con il gradimento del modello individuale (risposte chiuse). Infine, tra i 6-8 anni, la frequenza del modello individuale è negativamente correlata con la spinta genitoriale verso attività di tipo religioso o caritativo/sociale.

1.4.7. Predittori delle credenze sulla disabilità in età evolutiva

Nell'espressione delle credenze sulla disabilità, ricondotta nel presente lavoro alle cornici teoriche e alle categorie concettuali del modello medico individuale e del modello sociale di disabilità, giocano un ruolo determinante sia fattori di tipo cognitivo sia fattori di tipo contestuale, il cui intreccio varia in ragione di differenti ambienti ma anche di una differente organizzazione cognitiva. In relazione a quest'ultimo aspetto e relativamente all'argomento oggetto della trattazione, riconsiderando l'insieme dei dati elaborati sino a qui e facendo riferimento specifico a quanto illustrato dalle ultime tabelle (17, 18 e 19) si può ragionevolmente ritenere che i fattori ambientali abbiano un peso diverso nell'elaborazione concettuale dei bambini in ragione dell'età, ovvero che i diversi livelli della maturazione cognitiva siano all'origine di una differente capacità di elaborazione degli stimoli ambientali.

In base a quanto visto finora, infatti, i bambini si differenziano tra loro, per classi di età, nelle risposte spontanee (aperte) sul modello sociale ma non su quello individuale, che è comunque quello largamente più diffuso, mentre nelle risposte 'forzate' (chiuse) il modello individuale tende a scomparire, quasi 'sostituito' da una larga adesione ad un modello del tipo 'poco

dell'uno e poco dell'altro' pur con un'adesione quasi doppia di bambini di 9-11 anni al modello sociale, rispetto ai bambini di 6-8 anni.

Al fine di fare chiarezza sull'impatto differenziale delle variabili contestuali sulle credenze dei bambini nei differenti gruppi di età, sulle medie dei bambini delle frequenze e dei gradimenti sia al modello individuale che al modello sociale (considerate una ad una per ciascuna classe di età) sono state fatte regredire simultaneamente le stesse variabili oggetto delle correlazioni condotte nel paragrafo precedente (1.4.6), ovvero le due sottoscale della scala delle conoscenze (conoscenze sulla disabilità e stereotipi) le quattro sottoscale degli interessi e delle attività (religione, corpo e salute, sociale e generale), le cinque sottoscale delle attività e degli interessi incoraggiati dai genitori (musica, religione, sport, cultura e sociale) e, infine, le due misure di consistenza dei modelli genitoriali, uno per le risposte aperte ed uno per le risposte chiuse, la cui elaborazione è stata illustrata nel paragrafo precedente. I risultati delle regressioni multiple sono illustrati nelle Tabelle 20, 21, 22 e 23.

Nelle frequenze del modello individuale (la media delle frequenze del modello individuale nelle risposte aperte dei bambini, Tabella 20), le variabili prese in esame spiegano percentuali ampiamente differenti di varianza nei due gruppi di bambini (6-8: $\beta=,577$, $p<,05$; 9-11: , $\beta=,269$, n.s.) e nel gruppo dei bambini di 6-8 anni un contributo indipendente significativo è dato da tutte le variabili relative agli interessi e alle attività ($\beta= ,860 > 1,204$, $p<,01$). Il dato dei bambini di 6-8 anni può suscitare perplessità, ma può essere letto alla luce del fatto che il modello individuale in questa fascia di età nelle risposte aperte copre il 100% dei casi. Un alto livello di preferenza per i diversi tipi di interessi e attività segnala, probabilmente, bambini più curiosi e con livelli più elevati di espressione dei propri gusti ed è possibile che proprio questi bambini, nelle interviste sulle spiegazioni della disabilità, siano ricorsi con maggiore frequenza al modello che sembra proprio di quell'età, ovvero il medico/individuale. Il dato, dunque, appare spiegabile non tanto in base ai contenuti che segnala, quanto rispetto al diverso atteggiamento dei bambini verso l'intervista in relazione alle loro capacità e competenze. Nei bambini di 9-11 anni, invece, nessuna delle variabili in esame apporta un contributo significativo alla spiegazione della frequenza di comparsa del modello individuale nelle risposte aperte e il complesso stesso delle variabili non spiega nemmeno il 30% della varianza.

SCALE	FREQUENZE MODELLO INDIVIDUALE	
	6-8	9-11
Stereotipi	,071	,218
Conoscenze	,123	,201
IA Religione	,950**	,234
IA Corpo	,860**	,026
IA Sociale	,975**	-,204
IA Generale	1,204**	-,173
G IA Mus.	-,205	-,098
G IA Relig.	-,051	-,233
G IA Sport	,037	,279
G IA Cult.	,188	,342
G IA Soc.	-,390	-,216
M. Cons. RA	,177	,034
M. Cons. RC	-,228	,259
R ²	,577*	,269

Tabella 20. Frequenze del modello individuale nelle risposte aperte dei bambini: regressioni multiple per i due gruppi di età. (IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

Nelle frequenze del modello sociale (la media delle frequenze del modello sociale nelle risposte aperte dei bambini, Tabella 21) in entrambe le classi di età, la percentuale di varianza spiegata dal complesso delle variabili è piuttosto bassa, intorno al 30%, e solo nel caso dei bambini di 9-11 vi è un contributo indipendente significativo della consistenza del modello genitoriale nelle risposte chiuse, ovvero quanto minori saranno le occorrenze sul modello individuale nelle risposte 'forzate' dei genitori, tanto più il bambino tra i 9 e gli 11 anni si esprimerà spontaneamente in favore del modello sociale ($\beta = -,428$, $p < ,05$). Il dato secondo cui, per la classe 6-8, il gradimento dei genitori per il modello individuale possa essere un predittore significativo ($\beta = ,534$, $p < ,05$) delle frequenze sul modello sociale dei bambini, può essere agevolmente accantonato come privo di interesse, per il fatto che i bambini di quella fascia di età manifestano una media di frequenze del modello assolutamente trascurabile ($M = 0,10$ (0-3), vedi Grafico 2) e,

addirittura, nessuna occorrenza individuale di modello sociale (0%, vedi Tabella 15).

SCALE	FREQUENZE MODELLO SOCIALE	
	6-8	9-11
Stereotipi	-,107	-,258
Conoscenze	-,110	,073
IA Religione	-,013	,156
IA Corpo	,168	,057
IA Sociale	,097	,167
IA Generale	,065	,242
G IA Mus.	,337	-,052
G IA Relig.	-,271	,124
G IA Sport	,193	,128
G IA Cult.	-,465	,305
G IA Soc.	,271	-,445
M. Cons. RA	-,087	,136
M. Cons. RC	,534*	-,428*
R ²	,279	,340

Tabella 21. Frequenze del modello sociale nelle risposte aperte dei bambini: regressioni multiple per i due gruppi di età. (IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

Nel gradimento del modello individuale (la media del gradimento del modello individuale nelle risposte chiuse dei bambini, Tabella 22) la percentuale di varianza spiegata dal complesso delle variabili prese in esame è relativamente bassa (42%) per i bambini di 6-8 anni e relativamente alta per i bambini di 9-11 anni (68%, con significatività $p < ,01$). Tra i bambini di 6-8 anni nessuna delle variabili prese in esame contribuisce significativamente in modo indipendente; va peraltro ricordato che nelle risposte chiuse questa classe di bambini raggiunge una media di gradimento significativamente bassa ($M = 1,84$ (1-4), Grafico 3) e nessuna occorrenza individuale sul modello (0%, Tabella 16). Nella classe di età 9-11, invece, il gradimento di questo modello da parte del bambino è predetto significativamente sia dalla sua frequenza di comparsa nelle risposte aperte dei ge-

nitore (β= ,299, p<,05) sia dal disinteresse dei genitori a che il figlio acquisisca interessi e si impegni in attività di tipo culturale (β= -,405, p<,05).

SCALE	GRADIMENTO MODELLO INDIVIDUALE	
	6-8	9-11
Stereotipi	,286	,171
Conoscenze	,366	,237
IA Religione	-,532	,241
IA Corpo	-,203	-,065
IA Sociale	,217	,298
IA Generale	-,514	-,308
G IA Mus.	-,068	,013
G IA Relig.	-,213	,022
G IA Sport	,169	-,219
G IA Cult.	,278	-,405*
IA Soc.	-,067	,290
M. Cons. RA	,151	,299*
M. Cons. RC	,137	,126
R ²	,426	,684**

Tabella 22. Gradimento del modello individuale nelle risposte chiuse dei bambini: regressioni multiple per i due gruppi di età. (IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

Nel gradimento del modello sociale (la media del gradimento del modello sociale nelle risposte chiuse dei bambini, Tabella 23) in entrambe le classi di età la varianza spiegata dal complesso delle variabili, pur essendo significativa solo nella classe dei più piccoli (p<,05) si attesta intorno al 50%: 56% per i bambini di 6-8 anni e 47% per i bambini di 9-11 anni. Un ruolo predittivo determinante e significativo in entrambi i casi è svolto dalle conoscenze possedute dal bambino sulla disabilità (6-8: β=,514, p<,05; 9-11: β=,515, p<,05) mentre nella classe 9-11 anche la preferenza per interessi e attività religiose è predittiva di un maggiore gradimento del modello sociale (β= ,518, p<,05).

GRADIMENTO MODELLO SOCIALE		
SCALE	6-8	9-11
Stereotipi	,088	-,126
Conoscenze	,514*	,515*
IA Religione	,097	,518*
IA Corpo	,196	,088
IA Sociale	,256	-,139
IA Generale	,384	-,100
G IA Mus.	-,217	-,135
G IA Relig.	-,169	-,183
G IA Sport	,350	,107
G IA Cult.	-,372	-,102
G IA Soc.	,270	-,169
M. Cons. RA	,148	-,105
M. Cons. RC	-,093	-,103
R ²	,561*	,470

Tabella 23. Gradimento del modello sociale nelle risposte chiuse dei bambini: regressioni multiple per i due gruppi di età. (IA: interessi e attività dei bambini; G IA: interessi e attività incoraggiate dai genitori; M. Cons: consistenza del modello genitoriale, RA= risposte aperte, RC= risposte chiuse). **: La correlazione è significativa al livello 0,01. *: La correlazione è significativa al livello 0,05.

Sintesi

Dalle regressioni effettuate emerge che il complesso delle variabili preso in esame, la maggior parte delle quali sono riconducibili chiaramente a fattori ambientali, spiega una parte esigua della varianza per ciò che riguarda le frequenze dei modelli nella produzione verbale spontanea dei bambini, mentre la percentuale spiegata cresce fino al 50% circa nelle risposte chiuse, indipendentemente dalle classi di età. I modelli genitoriali sembrano predire in modo significativo il comportamento dei bambini solo per la classe di età 9-11 e specificamente per le frequenze del modello sociale (il ricorso dei genitori al modello individuale nelle scelte 'forzate' predice una minore produzione spontanea di espressioni riconducibili al modello sociale in quella fascia di età) e per il gradimento del modello individuale (quanto maggiore è la produzione spontanea di risposte riconducibili al modello individuale nei genitori, tanto più i bambini gradiranno quel modello nelle risposte chiuse). Complessivamente, dunque, i modelli genitoriali sembra-

no avere un'influenza diretta sulle espressioni dei bambini piuttosto scarsa, così come l'ambiente 'predisposto' dai genitori attraverso la stimolazione di determinati interessi o attività non vede alcuna delle variabili coinvolte fornire un contributo distinto e indipendente, se non in qualche caso sporadico: il disinteresse genitoriale per la frequentazione di attività culturali da parte del figlio predice significativamente un maggiore gradimento del modello individuale nella fascia di età 9-11. Questo dato, tra l'altro, è coerente col fatto che un maggior livello di conoscenze sulla disabilità predice una preferenza per il modello sociale nelle risposte chiuse. Peraltro, le influenze genitoriali sembrano essere, pur se lievemente, più marcate per quest'ultima classe di età rispetto a quella 6-8 e questa evidenza è in linea con l'assunto secondo cui i bambini sono in grado di assimilare contenuti culturali nella misura in cui ciò è permesso dal livello di maturazione della loro organizzazione cognitiva.

1.5 Discussione e conclusioni sul paradigma epidemiologico

Il paradigma sperimentale mutuato dagli studi di Evans è stato adottato nel presente lavoro per esplorare e analizzare il ruolo e il peso relativo dei fattori contestuali e dei fattori cognitivi nelle modalità attraverso cui le persone si rappresentano la disabilità e spiegano le ragioni per le quali una persona disabile incontra difficoltà nella vita. Ai soggetti coinvolti (81 coppie di genitori/figli) sono stati somministrati quattro questionari differenti, orientati a indagare le rappresentazioni di diversi tipi di disabilità e diversità, secondo una varietà di prospettive e, per quanto consentito dal paradigma, cercando di cogliere processi cognitivi differenti. Le risposte fornite sono state ricondotte, secondo una metodologia di tipo *bottom up*, ai cosiddetti modelli di disabilità, ovvero prospettive teoriche ampiamente testimoniate in letteratura ma, fino ad oggi, oggetto di attenzione solo da parte della tradizione di ricerca sociologica e mai indagati in relazione alla possibilità di una loro presenza e fondatezza nella mente umana e nel contesto culturale e ambientale. In particolare, tra i modelli di disabilità conosciuti, sono stati presi in considerazione i due inconciliabili per eccellenza, quelli cioè irriducibili l'uno all'altro e, con ogni probabilità, difficilmente riscontrabili, almeno contemporaneamente e in eguale misura, nelle espressioni di una stessa persona: il modello medico/individuale ed il modello sociale.

Dall'analisi delle risposte spontanee fornite dai partecipanti alle domande che chiedono di spiegare per quale motivo una persona disabile incontri difficoltà nella vita, emerge complessivamente una prevalenza di espressioni inequivocabilmente riconducibili a un modello medico/individuale di disabilità, con una frequenza media progressivamente decrescente dai bambini più piccoli ai genitori, i quali, a differenza dei bambini, danno anche spazio, in modo consistente per quanto non maggioritario, al modello sociale. Quando, invece, la libera espressione dei soggetti è vincolata entro spiegazioni predeterminate e limitata alla scelta di un livello di gradimento tra le opzioni disponibili, il profilo emerso nelle risposte spontanee sostanzialmente si inverte, pur all'interno di un quadro complessivamente ambiguo: il modello sociale riceve la media di preferenze più alta e il modello individuale raggiunge faticosamente livelli minimi di scelta ma, tuttavia, il gradimento medio espresso, anche per i modelli sociali, dai partecipanti è di livello basso, assomigliando, più che ad un gradimento, ad un basso 'sgradimento'. Prima di entrare nel merito di questo dato, la cui spiegazione è possibile soprattutto alla luce dell'analisi delle differenze individuali, va notato che le discrepanze tra i genitori e i bambini nelle medie di frequenza dei modelli sono sempre significative e, in qualche caso, lo sono anche nel confronto tra le due classi di bambini individuate. Emerge, quindi, una differenza tra classi di età che non può essere attribuita al caso, ma che va spiegata e, se possibile, riferita al peso differente esercitato dai fattori cognitivi e da quelli contestuali in ragione dell'età. Quando l'analisi si concentra sulle differenze individuali tra i soggetti coinvolti, ovvero quando dalle medie di frequenza per gruppo di età si procede a quantificare le adesioni all'uno o all'altro dei due modelli considerati, il quadro si chiarifica ulteriormente: nelle risposte spontanee, infatti, i bambini non mostrano praticamente dubbi, dal momento che il 100% degli appartenenti alla classe 6-8 e quasi il 90% dei 9-11 aderiscono decisamente al modello medico individuale, mentre i loro genitori si dicotomizzano, con una metà che aderisce al modello individuale, circa un terzo al modello sociale e il restante 20% esprime un modello misto tra i due. Nelle risposte chiuse, invece, circa la metà dei soggetti di ciascuna classe di età aderisce a una sorta di modello di 'sgradimento', ovvero di poco gradimento per ciascuna delle due credenze, mentre una percentuale di soggetti, crescente con l'avanzare dell'età, dal 26% dei 6-8 a oltre il 50% dei genitori, aderisce convintamente al modello sociale.

Che cosa succede nel passaggio dalle risposte aperte alle risposte chiuse, registrate sugli stessi soggetti e a pochi minuti di distanza le une dalle al-

tre? Accade, probabilmente, che entrino in gioco almeno due diversi processi cognitivi, connessi a un mutamento contestuale determinato dalla differente procedura di testing: mentre nelle risposte spontanee i soggetti rievocano dalla memoria e costruiscono nel presente un tentativo di spiegazione il più coerente possibile, facendo affidamento sulla rete semantica più immediatamente disponibile, nelle risposte 'forzate' il processo consiste, in realtà, nel valutare, in relazione le une alle altre, una serie di affermazioni spesso anche reciprocamente contraddittorie e, rispetto alle quali, gli unici criteri rapidi e affidabili di scelta sono costituiti dall'*appeal* che trasmettono e dall'opportunità di salvaguardare o di elevare la propria immagine davanti a sé stessi e agli altri. Se, dunque, nelle risposte aperte e spontanee quasi tutto lo spazio è occupato da riferimenti al modello medico/individuale perché esso rappresenta l'eurisma più semplice e più disponibile, oltre che quello prodotto più inconsapevolmente data l'espressione libera, nelle risposte chiuse la 'ristrettezza' esplicativa delle affermazioni riconducibili al modello medico si rivela esplicitamente e diventano decisamente più attraenti forme di spiegazione più complesse e 'accettabili'. Dunque, da un lato vi è il bisogno di spiegare la realtà sulla base delle informazioni più disponibili cognitivamente e, dall'altro, prevale la necessità di fornire spiegazioni accettabili, convincenti e adeguatamente complesse. Se nel primo caso la risorsa più condivisa e immediata sembra coincidere con una visione della disabilità come malattia, nel secondo caso si evidenzia come le persone siano abbastanza disponibili, se l'ambiente fornisce loro stimolazioni adeguate, a cambiare prospettiva e ad accettare opzioni teoriche differenti. I due modelli, medico/individuale e sociale, sicuramente coesistono nelle persone ma, come si è visto nell'analisi dei dati, quasi sempre è uno di essi a prevalere decisamente sull'altro.

Rimane da spiegare l'alta percentuale di persone, in tutte le fasce di età, pur se in decrescita dai più piccoli ai più grandi, che nelle risposte chiuse si collocano nel modello di 'sgradimento' di cui si è detto sopra. L'unica spiegazione plausibile, confortata anche dall'elaborazione dei dati, ovvero dal riscontro che l'adesione alla tipologia individuale nelle risposte aperte correla a) *negativamente* con l'adesione alla tipologia sociale e b) *positivamente* con il poco dell'uno e poco dell'altro nelle risposte chiuse, è che una parte consistente di persone che nelle risposte spontanee hanno manifestato una elevata frequenza di espressioni riconducibili al modello individuale, nelle risposte chiuse si siano, più o meno consapevolmente, 'mascherate' dietro una scelta in ogni caso poco compromettente: è possibile che il modello individuale sia apparso poco interessante, una volta

svelato nelle sue affermazioni fondanti, ma che, allo stesso tempo, quello sociale non sia stato ritenuto sufficientemente convincente.

Una volta chiariti gli aspetti fenomenologici della presenza e degli aspetti dei modelli, rimane aperta la questione del peso relativo dei fattori cognitivi e di quelli contestuali nella loro origine, oltre a quella della dinamica evolutiva dei fattori stessi, alla luce del fatto che i figli di diverse classi di età tra di loro, almeno parzialmente, e i genitori rispetto ai figli, fanno un uso quantitativamente e significativamente differente delle diverse credenze.

Le indagini effettuate sui modelli educativi non fanno emergere differenze sostanziali nell'uso che i genitori fanno dei modelli *per sé* o *per i figli*: di fronte alla richiesta di spiegarsi o di spiegare al proprio figlio la disabilità, i genitori fanno uso degli stessi modelli e nelle medesime proporzioni. Allo stesso tempo, non emergono differenze particolarmente significative, tra le classi di età dei bambini, sia negli interessi e nelle attività praticate sia negli interessi e nelle attività incoraggiate dai loro genitori, fatta eccezione per una maggiore spinta alle attività culturali (es.: visitare un museo, leggere i giornali, seguire il telegiornale, ecc.) che i genitori dei bambini più grandi (9-11) esercitano sui loro figli. È altresì vero che, per quanto i bambini del campione esaminato abbiano in media un livello di conoscenze sulla disabilità significativamente più alto rispetto a quello delle credenze stereotipate, le due classi di età si differenziano significativamente sia per grado di conoscenze sia per incidenza degli stereotipi, con i bambini di 9-11 anni che presentano, rispettivamente, valori più alti e più bassi rispetto a quelli di 6-8 anni. In linea di massima, dunque, tra i due gruppi di età non si osserva una significativa variabilità ambientale, tenuto anche conto del fatto che i genitori presentano, in media, un livello culturale piuttosto omogeneo e alto se confrontato con la media nazionale. Dalla correlazione dei fattori riconducibili al complesso delle abitudini e del contesto socio culturale dei bambini con la consistenza dei modelli genitoriali e le frequenze relative ai diversi modelli dei bambini, emergono con relativa chiarezza almeno due elementi: il primo consiste nel fatto che l'influenza delle credenze genitoriali sembra essere lievemente più forte nella classe di bambini più grandi ed in un modo coerente, ovvero tale per cui la configurazione dei modelli nei genitori trova un riscontro positivo in quella dei bambini; al contrario, nei bambini più piccoli tale influenza è meno evidente o, in alcuni casi, ambigua; il secondo elemento, invece, riguarda la quantità di varianza che i fattori contestuali presi in considerazione riescono a spiegare nei modelli dei bambini: piuttosto bassa, non oltre il 30%,

nelle risposte aperte e media, circa il 50%, nelle risposte chiuse. In altre parole, nelle produzioni spontanee dei bambini il peso dei fattori contestuali è relativamente basso e, specificamente nella classe di età 6-8, tra essi non assumono una particolare rilevanza i modelli genitoriali; nelle risposte chiuse, invece, il peso dei fattori contestuali cresce, con un contributo indipendente significativo delle credenze genitoriali nella classe di età 9-11.

Si può dunque affermare, in conclusione e relativamente alle classi di età prese in considerazione, che: i) il peso relativo dei fattori cognitivi e contestuali vari in relazione al tipo di processi cognitivi coinvolti nelle diverse modalità di risposta più che in rapporto alle diverse età; ii) nell'ambito dei fattori contestuali, l'influenza genitoriale cresce al crescere dell'età, anche in ragione della diversa disponibilità alle influenze ambientali determinata dal differente grado di maturazione cognitiva; iii) nella produzione spontanea il modello medico/individuale sia prevalente e, dunque, dato il minor peso dei fattori contestuali in questo tipo di risposte, tale modello sia più agevolmente riconducibile a un sapere implicito, ovvero a meccanismi cognitivi specifici, più che al contesto, e che solo una scarsa stimolazione ambientale e culturale consenta la sua permanenza, almeno a livello esplicito, nel corso della crescita; iv) la facilità con la quale soprattutto i bambini abbracciano il modello sociale nelle risposte chiuse costituisca una forte testimonianza a favore della sua accessibilità in termini educativi, ovvero che sia un modello facilmente trasmissibile culturalmente e in grado di 'coprire', almeno parzialmente, la pervasività del modello medico/individuale.

2. Paradigma architetturale (Park, Faulkner e Schaller): Analisi dei dati sperimentali

2.1 Reclutamento del campione

I soggetti partecipanti alla ricerca (N=89) effettuata sul paradigma sperimentale adattato da Park, Faulkner e Schaller (Park et al., 2003) sono stati reclutati tra gli studenti del corso di laurea in Psicologia della Facoltà di Scienze della Formazione dell'Università di Perugia.

2.2 Dati anagrafici

I soggetti (Tabella 17) sono per il 37,1% (N=33) maschi. L'età media è 23,48 (m.: 24,94, f.: 22,63, DS 6,35, min. 19, max. 49), due dichiarano di essere disabili (N=1 m), quattro riportano la disabilità di un membro convivente della famiglia (N=2 f), mentre il 56,8% (m.: 16, f.: 34), ovvero la maggioranza dei partecipanti, afferma di avere un parente o un conoscente o un amico disabile.

DATI ANAGRAFICI - 1						
	N	%	Età	Disabile	Disabile famiglia	Disabile par./am.
Maschi	33	37,1	24,94	1	2	16
Femmine	56	62,9	22,63	1	2	34
Media	--	--	23,48	--	--	--
Moda	--	--	20	--	--	1
Dev. Std.	--	--	6,35	--	--	--
Min.	--	--	19	--	--	1
Max.	--	--	49	--	--	2
TOTALE	89	100	--	2	4	50

Tabella 17. Sesso, età, disabilità. Il campione è composto da 89 soggetti (f.: 56, m.: 33). L'età media del campione è di 23,48 anni (f.: 22,63, m.: 24,94, DS: 6,35). Due dei partecipanti hanno una disabilità, quattro di essi convivono con un familiare disabile, mentre 50 (56,8%) hanno un parente o amico disabile.

Trattandosi di un campione di studenti regolarmente frequentanti presso l'Università di Perugia, il 92% (N=82) degli intervistati risulta residente in Italia centrale (Umbria, Marche, Toscana e Lazio) mentre il 7% (N=6) è costituito da pendolari provenienti dall'Italia meridionale (Puglia, Calabria, Sicilia e Basilicata) (Tabella 18).

DATI SOCIO DEMOGRAFICI - 1			
Provenienza geografica			Totale
	Italia centrale	Italia meridionale	Miss. Val.
N	82	6	1
%	92,15%	6,75%	1,1%
			89
			100

Tabella 18. Provenienza geografica: il 92,15% dei soggetti è residente in Italia centrale, il 6,75% in Italia meridionale.

Per quanto riguarda l'orientamento politico (Tabella 19), si colloca nell'area di destra il 16,8% (N=15) dei partecipanti mentre si riconosce nella parte politicamente opposta il 38,2% (N=34). Ben il 38,2% dei soggetti dichiara di non sapere quale sia – o di non avere – il proprio orientamento politico.

DATI SOCIO DEMOGRAFICI - 2										
Orientamento Politico										Totale
	D	CD	C	CS	S	Ness.	Non so	Altro	MV	
N	6	9	2	16	18	25	9	3	1	89
%	6,7%	10,1%	2,2%	18%	20,2%	28,1%	10,1%	3,4%	1,1%	100

Tabella 19. Orientamento politico: quasi il 40% del campione dichiara o di non avere alcun orientamento politico (28,1%) o di essere indeciso (10,1%) riguardo ad esso; il restante 60% è così suddiviso: il 38% circa nell'area di sinistra, il 17% nell'area di destra e il 2% al centro. Il 3,4% che ha dichiarato 'altro' si è definito: radicale, anarchico, pragmatico.

Il 62,9% (N=56) dei soggetti è di fede cattolica mentre il 34,8% (N=31) si definisce ateo (Tabella 20).

DATI SOCIO DEMOGRAFICI - 3					
Fede Religiosa					Totale
	Cattolica	Ateo	Altra	MV	
N	56	31	1	1	89
%	62,9%	34,8%	1,1%	1,1%	100

Tabella 20. Fede religiosa. Il 62,9% dei partecipanti è di fede cattolica mentre il 34,8% è ateo. Il soggetto che ha dichiarato 'altro' ha riferito di professare il Bushido.

2.3. Modalità di somministrazione

L'intero paradigma sperimentale è stato somministrato online, per mezzo del software Inquisit Web Edition™, commercializzato dalla Millisecond Software™⁷. I soggetti dovevano iscriversi all'esperimento tramite una pa-

⁷ L'acquisto del software Inquisit Web Edition™ è stato finanziato dalla Regione Umbria nell'ambito del progetto "AMAABILI – Progetto Socio Sanitario integrato

gina dedicata sul sito www.cognitivelab.it. Sulla base delle iscrizioni pervenute, i partecipanti sono stati suddivisi in quattro gruppi il più possibile bilanciati per numerosità e per sesso.

Il disegno sperimentale prevedeva la somministrazione dei primi tre strumenti (Questionario anagrafico, Disgust Scale Revised (DS-R) nella versione italiana e Perceived Vulnerability to Disease (PVD) nella traduzione italiana) nell'ordine appena esposto e identico per tutti i gruppi di soggetti. Le differenze tra i gruppi riguardavano sia l'ordine di somministrazione dei due IAT ('salute/malattia' e 'piacevole/spiacevole') sia i priming degli IAT (per una descrizione più dettagliata degli strumenti e dei priming si veda il par. 4.3. del capitolo 2), in modo da ottenere quattro combinazioni:

MODALITÀ E ORDINE DI SOMMINISTRAZIONE DELLE PROVE (PRIMING + IAT)				
		Gr.	I° IAT	II° IAT
PRIMING	Infettivo (40)	1 (18)	sano/malato	piacevole/spiacevole
		3 (22)	piacevole/spiacevole	sano/malato
	Neutro (49)	2 (25)	sano/malato	piacevole/spiacevole
		4 (24)	piacevole/spiacevole	sano/malato

Tabella 21. Suddivisione dei gruppi sperimentali in base al priming (infettivo vs. neutro) e all'ordine di somministrazione degli IAT.

L'esperimento si svolgeva sulla piattaforma web fornita da Millisecond™ e il soggetto aveva la consegna di considerare concluso l'esperimento solo quando fosse stato reindirizzato ad una pagina web del sito www.cognitivelab.it che ne segnalava la fine. I dati sono stati archiviati in un database messo a disposizione dalla stessa casa produttrice del software. Una volta concluse le somministrazioni, i dati sono stati scaricati dal database della Millisecond™ ed elaborati tramite IBM® SPSS® Statistics 20.

per la promozione affettiva e sessuale di persone disabili" e disposto dal Dipartimento di Culture Comparete dell'Università per Stranieri di Perugia.

2.4. Analisi dei dati

2.4.1. La vulnerabilità percepita alle malattie e il contatto con la disabilità

Il test T di Student per campioni indipendenti attesta l'assenza di significatività della differenza nel punteggio globale del PVD (e in quello su ciascuna delle sottoscale 'Infettabilità percepita' e 'Avversione ai germi') a seconda dell'aver o meno un amico o un conoscente disabile. Tuttavia, tra i due gruppi vi è una differenza significativa ($t(86)=2,15, p<,05$) nei punteggi sull'item 6 del PVD ('Ho una storia di ipersensibilità alle malattie infettive'): quanto più una persona ritiene di avere un passato di alta vulnerabilità al contagio infettivo, tanto più difficilmente avrà tra i suoi amici persone disabili.

Non ci sono differenze significative nei punteggi al PVD legate al genere.

2.4.2. La forza delle attribuzioni implicite di 'malattia' e 'spiacevolezza' alla disabilità

I test delle associazioni implicite (IAT), sono stati somministrati allo scopo di rilevare indirettamente le differenze individuali nell'intensità dell'associazione fra la categoria 'disabile' e le coppie di attributi 'salute/malattia' e 'piacevole/spiacevole'. L'algoritmo originale di calcolo convenzionale (Greenwald et al., 1998) atto alla misurazione di tale associazione è stato ampiamente rivisto da Greenwald, Nosek e Banaji (2003) attraverso lo sviluppo di una misura chiamata 'd-biep'. Sia la misura convenzionale che la d-biep si basano sul calcolo della differenza nelle medie dei tempi di reazione fra la sessione compatibile (es.: normale/salute vs disabile/malattia) e la sessione non compatibile (disabile/salute vs normale/malattia).

Nell'algoritmo convenzionale vengono utilizzate le prove di test sia della sessione compatibile che di quella non compatibile, vengono escluse le prime 2 prove di ogni blocco, le prove inferiori ai 300 ms vengono ricodificate a 300 ms, le prove superiori a 3000 ms vengono ricodificate a 3000 ms, le latenze degli errori vengono incluse nell'analisi ed, infine, ai punteggi viene applicata una trasformazione logaritmica (logaritmo naturale). Greenwald, Nosek e Banaji (2003) hanno perfezionato l'algoritmo conven-

zionale sulla base di 7 criteri: la correlazione fra misure implicite ed esplicite, la correlazione con la latenza media, la coerenza interna, gli effetti dovuti all'ordine, gli effetti dovuti ad esperienze precedenti con lo IAT, la grandezza dell'effetto dello IAT ed infine il legame fra costrutti impliciti ed espliciti estratti mediante analisi fattoriale confermativa. Secondo gli autori, la *d-biep* è la misura che minimizza i difetti delle misure convenzionali, incrementando la correlazione fra test impliciti ed espliciti, minimizzando la correlazione fra le misure implicite e i tempi di latenza medi ed aumentando la dimensione dell'effetto della procedura sperimentale dello IAT. La *d-biep* corrisponde alla seguente formula:

$$d-biep = LMc-LMnc/SDtot,$$

dove LMc sta per latenza media nelle sessioni compatibili, LMnc per latenza media delle sessioni non compatibili, e SDtot per la deviazione standard delle latenze calcolate considerando le sessioni compatibili ed incompatibili come se fossero un'unica sessione.

L'algoritmo per calcolare la *d-biep* prevede anche le seguenti operazioni: inclusione di tutte le prove nell'analisi, inclusione dei blocchi di prova e dei blocchi di test sia della sessione compatibile che della sessione non compatibile, cancellazione (opzionale) delle latenze al di sotto di 400 ms, inclusione della latenza degli errori nell'analisi. Per calcolare le misure convenzionali e le misure "D" può essere utilizzato (come nel caso in esame) un algoritmo di scoring che è stato implementato su SPSS mediante il linguaggio Syntax.

I punteggi delle *dbiep* per le associazioni 'disabile/malattia' e 'disabile/spiacevole' sono mostrati nella Tabella 22. Il valore positivo di entrambe le misure indica che i soggetti hanno tempi di reazione minori per l'associazione compatibile rispetto all'associazione incompatibile. Il Test T per campione unico indica, inoltre, che per ciascuna misura tale differenza è significativa (Tabella 22).

T TEST PER UN CAMPIONE – D-BIEP						
	t	df	Sig. (2- code)	Valore oggetto del test = 0		
				Diff. fra medie (d-biep)	Interv. di conf. per la diff. al 95%	
				Inf.	Sup.	
d-biep IAT salute/malattia	17,50	88	,000	,805	,713	,896
d-biep IAT piacevole/spiacevole	14,31	88	,000	,691	,595	,787

Tabella 22. Valori delle d-biep per gli IAT ‘salute/malattia’ e ‘piacevole/spiacevole’ e T test per un unico campione. Le differenze tra le medie dei blocchi compatibili e di quelli incompatibili sono significative per entrambi gli IAT.

Le differenze tra i punteggi ai due IAT sono significative (Tabella 23): il Test t per campioni appaiati rivela un punteggio significativamente più alto sullo IAT ‘salute/malattia’, rispetto allo IAT ‘piacevole/spiacevole’. La dimensione della malattia è associata alla disabilità con maggior forza rispetto alla dimensione della spiacevolezza.

T TEST PER CAMPIONI APPAIATI – D-BIEP							
	Differenze a coppie			t	df	Sig.	
	M	DS	Inter.di conf. diff. al 95%				
			Inf.	Sup.			
dbiep IAT salute/malattia - dbiep IAT piacevole/spiacevole	,114	,436	,022	,205	2,46	88	,016

Tabella 23. Valori delle d-biep per gli IAT ‘salute/malattia’ e ‘piacevole/spiacevole’ e T test per campioni appaiati. La differenza tra le medie dei due test (‘salute/malattia’ e ‘piacevole/spiacevole’) sono significative.

Il priming infettivo o neutro non sembra sortire alcun effetto sui punteggi agli IAT: questo dato emerge considerando i gruppi in base al tipo di priming ricevuto (Tabella 24).

TEST PER CAMPIONI INDIPENDENTI – D-BIEP E PRIMING								
		N	M	DS	E.S.M	t	df	Sig.
d-biep SM	Priming infettivo	40	,79	,45	,07	-,35	87	,72
	Priming neutro	49	,82	,42	,06			
d-biep PS	Priming infettivo	40	,68	,47	,07	-,13	87	,90
	Priming neutro	49	,70	,45	,06			

Tabella 24. Valori delle d-biep per gli IAT ‘salute/malattia’ e ‘piacevole/spiacevole’ e T test per campioni indipendenti. Il priming non produce effetti significativi sui punteggi ai due IAT.

Non emergono differenze significative nei punteggi ad entrambi gli IAT sia per quanto riguarda il genere, sia per quanto riguarda l’aver contatti con la disabilità (amico disabile).

Sintesi

L’associazione implicita della categoria della disabilità con le dimensioni della malattia e della spiacevolezza è significativamente più forte rispetto all’associazione della normalità con le medesime dimensioni. Questo dato conferma i risultati ottenuti in precedenti ricerche (Federici & Meloni, 2008, 2009; Park et al., 2003). Per quanto il priming non sortisca effetti apprezzabili, tra le due dimensioni è comunque quella della malattia a registrare l’associazione implicita significativamente più forte con la disabilità. Questo induce a ritenere che ci possa essere un meccanismo dominio-specifico che riconduce gli stimoli che evocano deformità o menomazioni al concetto di malattia prima che a quello di spiacevolezza, evocando il tema del contagio.

2.4.3. Disabilità, malattia e spiacevolezza: correlazioni con la vulnerabilità percepita alle malattie e la sensibilità al disgusto

Al fine di verificare se e in quale misura la forza delle associazioni implicite riscontrata nel precedente esperimento sia connessa ai punteggi ottenuti dai soggetti alle scale principali del PVD e del DS-R e a quelli delle loro sottoscale, è stato calcolato l’indice di correlazione di Spearman tra i punteggi alle scale sopra menzionate. Tuttavia, i punteggi delle due d-biep sono stati previamente trasformati, al fine di rendere il dato più omogeneo, in due

scale a 7 punti costruite entrambe con il medesimo criterio: da 1=forte associazione disabile/salute o piacevole a 7=forte associazione disabile/malattia o spiacevole; le trasformazioni dei punteggi sono state effettuate sulla base delle seguenti equivalenze: da -2 a -0.649=1; da -0.65 a -0.349=2; da -0.35 a -0.149=3; da -0.15 a 0.149=4; da 0.15 a 0.349=5; da 0.35 a 0.649=6; da 0.65 a 2=7. I risultati delle correlazioni sono esposti nella Tabella 25.

CORRELAZIONI IAT – PVD – DS-R								
SCALE	1	2	3	4	5	6	7	8
1) Scala 7 punti IAT SM								
2) Scala 7 punti IAT PS	,371**							
3) PVD infettabilità	,044	-,044						
4) PVD avversione	,163	,228*	,241*					
5) PVD totale	,121	,096	,791**	,764**				
6) DS-R core item	,044	-,029	,053	,185	,146			
7) DS-R ricordo disgusto animali	-,028	-,080	,095	,140	,135	,692**		
8) DS-R contaminaz. /interspers.	,029	,218*	,132	,389**	,324**	,595**	,356**	
9) DS-R totale	,016	,007	,094	,241*	,201	,942**	,847**	,679**

Tabella 25. Indici di correlazione di Spearman tra le due scale a 7 punti degli IAT, la scala principale e le due sottoscale ‘Avversione ai germi’ e ‘Infettabilità’ del Perceived Vulnerability Scale, traduzione italiana, e la scala principale e le tre sottoscale ‘Core-item’, ‘Ricordo del disgusto per animali’, ‘Contaminazione interpersonale’ del Disgust Scale Revised, versione italiana.

** : La correlazione è significativa al livello 0,01. * : La correlazione è significativa al livello 0,05.

Il dato emergente dall’analisi è una correlazione positiva tra la scala a 7 punti che sintetizza i punteggi delle d-biep allo IAT piacevole/spiacevole e due sottoscale dei due questionari somministrati: la scala dell’‘Avversione ai germi’ del PVD ($\rho = ,228$, $p < ,05$) e la scala sulla ‘Contaminazione inter-

personale' del DS-R ($\rho = ,218$, $p < ,05$). Quanto più è forte l'associazione tra disabilità e spiacevolezza, tanto più è alto sia il livello di avversione ai germi sia il timore di un contagio interpersonale.

Sintesi

Quanto più le persone temono il contagio interpersonale e il potenziale infettivo dei germi, tanto più associano fortemente la disabilità alla spiacevolezza. È certamente curioso e interessante, però, che la dimensione 'salute/malattia' non correli con le scale che esprimono paura del contagio o timore di contaminazione, tanto più che l'associazione 'disabile/malato' è quella che si è dimostrata significativamente più consistente nelle prestazioni dei soggetti allo IAT. La ragione di tutto ciò risiede probabilmente nel fatto che le due dimensioni esaminate, quella 'salute/malattia' e quella 'piacevole/spiacevole' si differenziano proprio dal punto di vista dei processi cognitivi coinvolti: la dimensione 'salute/malattia' è maggiormente 'concettuale' e precisa e, pur essendo la più forte, è relativamente indipendente da meccanismi maggiormente determinati emotivamente, di tipo prettamente fobico od ossessivo, come il timore del contagio o l'avversione ai germi. Al contrario, la dimensione 'piacevole/spiacevole' è, di per sé, la dimensione emotiva di base, la discriminante tra ciò che è reputato negativo e da evitare e ciò che è considerato positivo e attraente e, pertanto, non è sorprendente che risulti correlata a dimensioni che ricadono nello stesso dominio o che, quantomeno, si misurano direttamente su un livello comparabile. Peraltro, le due misure delle d-biep correlano significativamente e fortemente tra loro. Dunque, con ogni probabilità, lo spostamento sui punteggi relativi alla contaminazione o all'avversione ai germi spiega il grado di 'spiacevolezza' legato alla disabilità, senza però mettere in dubbio la certezza di fondo, da tutti condivisa: la disabilità è una dimensione di malattia, almeno quando confrontata con la condizione di 'abilità', indipendentemente da quanto sia ritenuta piacevole o spiacevole, ovvero indipendentemente da quanto il contagio sia ritenuto più o meno temibile.

2.5 Discussione e conclusioni sul paradigma architetturale

La ragione dell'adozione del paradigma elaborato da Park, Faulkner e Schaller (Park et al., 2003) all'interno del presente studio è consistita non

solo nell'opportunità di replicare lo studio originale ma anche di contribuire a costruire, in associazione con il paradigma mutuato da Evans, una nuova misura di riferimento per gli studi sulla disabilità in ambito psicologico, capace di perseguire in modo coordinato due obiettivi cruciali: i) indagare l'esistenza nella mente umana di meccanismi cognitivi dominio specifici in grado di spiegare le ragioni di comportamenti universalmente diffusi e ii) la distribuzione nella popolazione di tali meccanismi (sia intergenerazionalmente sia interculturalmente) e la funzione alla quale assolvono.

Lo studio di Park si colloca nel primo di tali obiettivi ed è sostenuto dall'ipotesi, qui condivisa, che esista un collegamento tra un meccanismo evoluto di evitamento delle malattie e i pregiudizi contemporanei che colpiscono le persone con disabilità fisica. Dal momento che le malattie contagiose sono spesso accompagnate da caratteristiche fisiche anomale, è plausibile, secondo gli Autori, che negli esseri umani si siano evoluti meccanismi psicologici e cognitivi/affettivi che rispondono euristicamente alla percezione di tali caratteristiche, scatenando specifiche emozioni (disgusto ed ansia) cognizioni (atteggiamenti negativi) e comportamenti (evitamento). Tale meccanismo di evitamento della malattia, inoltre, sarebbe iperinclusivo: caratteristiche anomale non dovute ad alcuna malattia (es.: l'amputazione delle gambe in seguito ad un incidente) possono attivarlo, contribuendo così agli atteggiamenti e ai comportamenti pregiudizievole rivolti verso le persone con disabilità.

La replica qui effettuata del paradigma può confermare solo parzialmente i risultati ottenuti nello studio originario: la correlazione negativa tra la vulnerabilità percepita alla malattia e il contatto con la disabilità non è stata qui riscontrata, così come non ha avuto effetti significativi la condizione di priming infettivo somministrato prima della compilazione dello IAT; inoltre, non è stata riscontrata la correlazione tra la scala 'Infettabilità' del PVD e le due misure degli IAT somministrati. Nella replica condotta nel presente lavoro, invece, si è resa evidente la differenza significativa tra l'associazione 'disabilità/malattia' e quella 'disabilità/spiacevolezza', con la prima più elevata della seconda ed è stata trovata una correlazione significativa tra l'associazione 'disabilità/spiacevolezza' e una sottoscala di ciascuno degli altri due questionari somministrati, ovvero l' 'Avversione ai germi' del PVD e la 'Contaminazione interpersonale' del DS-R. In sostanza, quanto più è temuto il potenziale contagioso dei germi e l'eventualità che il contatto con altri si riveli contaminante, tanto più la disabilità sarà associata alla spiacevolezza. Tale associazione risulta, a sua volta, correlata con

quella 'disabilità/malattia' che è, a sua volta, la più forte a un livello cognitivamente implicito, pur non correlando significativamente con le altre scale considerate. L'interpretazione più plausibile del risultato ottenuto nella replica presentata del lavoro di Park consiste nel confermare – avvalorandola – l'ipotesi di esistenza di un meccanismo cognitivo dominio specifico che associa, indirettamente, ciò che categorialmente rientra nel concetto di disabilità con la dimensione della malattia e, dunque, della spiacevolezza. In altre parole, il meccanismo ipotizzato sembrerebbe funzionare sulla base della polarità, primaria e discriminante, di carattere etico/estetico, 'piacere/dispiacere' che, attivata dalla deformità o dalla menomazione, susciterebbe, a livello emotivo, vissuti prevalentemente fobici e connotati dal disgusto, legati al timore di un contagio e/o di una contaminazione. Da qui discenderebbe, successivamente, l'associazione 'cognitiva' tra disabilità e malattia. La disabilità è, dunque, prima di tutto malattia ma la sua 'spiacevolezza' è funzione non del suo essere tale ma del suo poter essere contagiosa.

3. Conclusioni generali

A conclusione dell'intero lavoro di ricerca presentato in questa tesi, è possibile affermare che i modelli della disabilità possono, a buon diritto, essere ritenuti consistenti e potenziali oggetti di indagine per la psicologia e per la psicologia cognitiva in modo specifico.

I modelli di disabilità (Gilson & DePoy, 2002; Oliver, 1995a, 1995b, 1990; Oliver & Sapey, 1999; Pfeiffer, 2001; Quinn, 1998; Shakespeare et al., 1996; Zola, 1989, 1993a, 1994) sono cornici concettuali esplicative non solo dei modi in cui le persone disabili conducono la loro esistenza, ma anche della considerazione che gli altri, i (temporaneamente) normodotati, hanno di loro. Ciascun modello è un sistema teoretico circa la natura della disabilità, la sua fenomenologia e le sue cause e da ognuno di essi discende una serie di implicazioni relative principalmente al rapporto della persona disabile con il contesto socio culturale di riferimento e alle sue relazioni con gli altri individui. La letteratura sui modelli di disabilità ha generalmente privilegiato la dimensione sociologica e politica del fenomeno, anche a causa del fatto che è proprio nell'ambito delle scienze sociali che tali modelli sono stati originariamente individuati e concettualizzati. La psicologia non ha finora mostrato particolare interesse alle prospettive

sulla disabilità e al valore dei modelli di disabilità sia come rappresentazioni della realtà sia come possibile espressione di organizzatori cognitivi in grado di mediare il rapporto dell'individuo, disabile o no, con la realtà sociale in cui è immerso. La letteratura scientifica, in realtà, ha accumulato migliaia di studi sugli atteggiamenti, gli stereotipi, i miti e le credenze sulla disabilità, condotti principalmente attraverso la misurazione dei differenti comportamenti in diversi gruppi umani. Tuttavia, la gran parte delle ricerche sono basate su nozioni semplificate o confuse di 'atteggiamento', difficilmente raffrontabili le une con le altre, sono condotte con metodologie semplicistiche e scarsamente originali e, inoltre, nella maggior parte di esse è assente qualsiasi riferimento alle rappresentazioni o ai modelli mentali relativi alla disabilità. Inoltre, la maggior parte degli studi privilegiano il versante applicativo o pragmatico della ricerca, trascurando del tutto gli aspetti teoretici.

Nella tesi qui presentata, lo studio dei modelli di disabilità in un'ottica di psicologia cognitiva è stata possibile attraverso l'adozione congiunta di due paradigmi mutuati e adattati da ricerche precedenti (Evans, 2000a, 2000b, 2001; Park et al., 2003), delle quali solo una specificamente focalizzata sul tema della disabilità (Park et al., 2003). Ciò ha consentito di esplorare due dimensioni principali dei fenomeni in esame, la cui esistenza è ritenuta, nell'ambito di una psicologia evolucionisticamente fondata, requisito necessario per avvalorare qualsiasi ipotesi circa la presenza di meccanismi cognitivi specifici e funzionalmente dedicati a processare ed elaborare i contenuti di realtà – gli stimoli – connessi all'oggetto dell'indagine.

La psicologia evolucionistica nasce dall'incontro tra la psicologia cognitiva e la biologia evolucionistica, con l'apporto indispensabile di altre discipline quali l'antropologia, la genetica o l'etologia, con l'obiettivo di studiare la mente umana individuandone i fondamenti architettonici di base, non tanto allo scopo di edificare un'astratta tassonomia di strutture quanto di specificare la funzione di ciascuna di esse. L'assunto di base della psicologia evolucionistica è strettamente connesso alla prospettiva evolucionista e considera il comportamento umano come il risultato dei meccanismi che costituiscono e regolano la mente e che si sono strutturati – e continuano a strutturarsi – lungo tutto il corso dell'evoluzione (Cosmides & Tooby, 2008, 2013). Meccanismi di elaborazione dell'informazione specifici per contenuto producono almeno alcuni degli aspetti più rilevanti della cultura umana, inclusi comportamenti, artefatti e rappresentazioni trasmesse oralmente. Tali contenuti vengono adottati o modificati dai meccanismi psicologici posseduti dagli altri membri del gruppo e questo dà luogo a pro-

cessi che si situano ad un livello epidemiologico e di storia delle popolazioni (Tooby & Cosmides, 1992). Il punto centrale della concezione della cultura umana nell'ambito della psicologia evoluzionista è che i meccanismi psicologici di ciascun individuo producono output che, presi nel loro insieme, definiscono la 'cultura privata' di quell'individuo; le reciproche interazioni delle culture private di più individui che vivono in gruppo conducono a schemi di similarità trasversali agli individui e che sono identificabili come la cultura del gruppo (Tooby & Cosmides, 1989)

Dunque, la prima dimensione esplorata nel presente lavoro di tesi ha riguardato la rilevazione, in un campione intergenerazionale di popolazione, delle credenze sulla disabilità, sia misurandone la congruenza con i contenuti dei principali modelli di disabilità diffusi in letteratura, sia rilevando le peculiarità del loro manifestarsi nei soggetti del campione preso in esame. Il paradigma di riferimento, del quale è stata mutuata la struttura ma elaborati *ex novo* i contenuti, consiste nel disegno misto qualitativo-quantitativo attraverso il quale Margaret Evans (2000a, 2000b, 2001) ha messo a confronto le credenze sull'origine della specie di figli e genitori, partendo dal presupposto che la diffusione delle credenze evoluzioniste e creazioniste nella popolazione generale fosse indicativa non solo della loro disponibilità culturale ma anche della loro plausibilità cognitiva. Nel suo studio Evans espone i due punti di vista prevalenti nel dibattito relativo alla diffusione sociale e culturale del creazionismo e dell'evoluzionismo: da un lato, il fatto che il creazionismo sia intuitivamente plausibile e, al contrario, che l'evoluzionismo sia intuitivamente opaco, suggerirebbe che siano vincoli di natura cognitiva a favorire o limitare l'adozione delle due spiegazioni; dall'altro, la larga diffusione delle due credenze sarebbe funzione unicamente di fattori sociali e culturali. Quest'ultimo aspetto, in particolare, rappresenta il fattore di maggiore similarità tra l'oggetto di studio di Evans e quello indagato nella presente tesi, specificamente in riferimento alle peculiarità e ai reciproci rapporti tra modello medico/individuale e modello sociale di disabilità.

Le espressioni dei partecipanti riconducibili ai modelli di disabilità, dunque, sono state analizzate non solo in relazione al tipo di disabilità – motoria, sensoriale, cognitiva – ma anche al tipo di processo cognitivo coinvolto: da un lato, il richiamo di contenuti mnemonici e la costruzione attiva e spontanea di significati e, dall'altro, la presa di decisione sul proprio grado di accordo con differenti tipi di spiegazioni del fenomeno. Oltre a ciò, e sempre nell'ambito dello studio fenomenologico dei modelli, è stata analizzata la loro distribuzione epidemiologica sotto il profilo intergenerazio-

nale, ovvero le correlazioni e il possibile rapporto di causazione tra modelli e contenuti educativi genitoriali, ambiente socio culturale di vita e credenze dei bambini di diverse fasce di età. Nel far questo, sono state evidenziate anche le possibili dinamiche evolutive dei modelli e le possibili spiegazioni delle discrepanze riscontrate tra le generazioni alla luce delle acquisizioni della psicologia dello sviluppo, in particolare dei processi della maturazione cognitiva e della differenziata capacità, in relazione all'età, di cogliere e processare diversamente gli stimoli ambientali.

La seconda dimensione esplorata ha riguardato l'esistenza di un meccanismo cognitivo specificamente dedicato all'elaborazione di stimoli legati alla deformità e alla menomazione, ovvero alla disabilità, che possa dare ragione, nell'ambito del funzionamento dell'architettura cognitiva umana, della schiacciante prevalenza, riscontrata nell'esplorazione condotta attraverso il primo paradigma preso in esame, del modello medico/individuale di disabilità nelle espressioni spontanee degli individui, soprattutto dei bambini. In altre parole, la possibilità di individuare, nella struttura cognitiva, un meccanismo dominio specifico il cui funzionamento giustifichi l'associazione riscontrata tra disabilità e malattia che è fondante del modello medico di disabilità. Al fine di raggiungere questo obiettivo, il paradigma di riferimento è stato quello messo a punto da Park, Faulkner e Schaller (2003) edificato sull'ipotesi che esista un collegamento tra un meccanismo evoluto di evitamento delle malattie e i pregiudizi contemporanei che colpiscono le persone con disabilità fisica. Dal momento che le malattie contagiose sono spesso accompagnate da caratteristiche fisiche anomale, è plausibile, secondo Park e colleghi, che negli esseri umani si siano evoluti meccanismi psicologici e cognitivi/affettivi che rispondono euristicamente alla percezione di tali caratteristiche, scatenando specifiche emozioni (disgusto e ansia) cognizioni (atteggiamenti negativi) e comportamenti (evitamento). Tale meccanismo di evitamento della malattia, inoltre, sarebbe iperinclusivo: caratteristiche anomale non dovute ad alcuna malattia (p.e., l'amputazione delle gambe in seguito ad un incidente) possono attivarlo, contribuendo così agli atteggiamenti e ai comportamenti pregiudizievole rivolti verso le persone con disabilità.

I risultati ottenuti nel presente lavoro, esposti sopra al termine delle elaborazioni dei dati relative a ciascun paradigma, inducono a ritenere, in primo luogo, che i modelli di disabilità non siano costruzioni teoriche culturalmente astratte e prive di fondamento biologico ma che, al contrario, come minimo uno di essi sia l'espressione diretta di pressioni selettive che hanno modellato, nel contesto di adattamento evoluzionistico, almeno un

meccanismo specifico di elaborazione degli stimoli potenzialmente patogeni, fondamentalmente orientato su una dimensione 'estetica' (piacevole/spiacevole) i cui correlati emotivi sono la paura e il disgusto e il cui output comportamentale è l'evitamento.

Allo stesso tempo, la cultura – frutto essa stessa di pressioni selettive tese all'adattamento – ha elaborato anche altri contenuti in base ai quali valutare la deformità e la menomazione e, con ogni probabilità, in relazione anche alle mutate condizioni contestuali rispetto a quelle proprie dell'ambiente di adattamento evoluzionistico, ha consentito l'emergere di credenze e rappresentazioni tese, più che ad evitare un possibile contagio, a favorire altri comportamenti evoluzionisticamente ed adattativamente vantaggiosi, come la cooperazione, l'altruismo, la solidarietà. A questa funzione, con ogni probabilità, rispondono i cosiddetti modelli sociali della disabilità, la cui adozione da parte degli individui è funzione sia della maturazione cognitiva legata all'età, sia del livello delle conoscenze e della ricchezza di stimoli culturali nel contesto di vita.

Sono ipotizzabili, peraltro, interessanti sviluppi futuri nell'ambito della ricerca presentata in questo lavoro di tesi: in primo luogo, la prosecuzione dello studio di tipo epidemiologico, principalmente attraverso l'ampliamento del campione, da un lato in termini di fasce di età considerate, con particolare riguardo alla preadolescenza, dall'altro in termini di contesti culturali differenti e, nello specifico, rivolgendo l'attenzione sia a declinazioni differenti della cultura occidentale sia a complessi culturali distanti da quello occidentale; in secondo luogo, una migliore precisazione dei meccanismi dell'elaborazione cognitiva degli stimoli relativi alla menomazione e alla deformità, rafforzando le correlazioni tra le componenti cognitive, quelle affettivo emotive e quelle comportamentali e individuando più specifici 'algoritmi' di elaborazione dell'informazione che rendano conto della varietà e della ricchezza dei modelli di disabilità e, dunque, della disabilità stessa.

Bibliografia

- Aaberg, V. A. (2011). Implicit attitudes of nursing faculty toward individuals with disabilities. *Dissertation Abstracts International: Section B: The Sciences and Engineering*, 71(10-B), 6039.
- Abberley, P. (1987). The Concept of Oppression and the Development of a Social Theory of Disability. *Disability, Handicap & Society*, 2(1), 5-19. doi: 10.1080/02674648766780021
- Adenzato, M., & Meini, C. (2006). *Psicologia evolucionistica*: Bollati Boringhieri.
- Adorno, T., Frenkel-Brunswik, E., Levinson, D. J., & Sanford, R. (1950). The authoritarian personality. 990.
- Ajzen, I. (1991). The theory of planned behavior. *Organizational behavior and human decision processes*, 50(2), 179-211.
- Ajzen, I. (2000). Theory of reasoned action.
- Ajzen, I. (2001). Nature and operation of attitudes. *Annual review of psychology*, 52(1), 27-58.
- Ajzen, I., & Fishbein, M. (1980). *Understanding attitudes and predicting social behavior*. Englewood Cliffs, NJ: Prentice-Hall.
- Ajzen, I., & Sexton, J. (1999). Depth of processing, belief congruence, and attitude-behavior correspondence. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 117-138). New York: Guilford Press.
- Albrecht, G. L. (1997). Women and disability. *Journal of Health Services Research and Policy*, 2(4), 200-202.
- Albrecht, G. L. (2002). American Pragmatism, Sociology and the Development of Disability Studies. In C. Barnes, L. Barton & M. Oliver (Eds.), *Disability studies today*. Cambridge: Polity.

- Allport, G. W. (1935). Attitudes. In C. Murchison (Ed.), *Handbook of Social Psychology*. Worcester, Mass: Clark University Press.
- Antonak, R. F. (1981). Prediction of attitudes toward disabled persons: a multivariate analysis. *The Journal Of General Psychology*, 104(1st Half), 119-123.
- Antonak, R. F., & Livneh, H. (1988). *The measurement of attitudes toward people with disabilities: Methods, psychometrics, and scales*. Springfield, IL: C C Thomas.
- Antonak, R. F., & Livneh, H. (2000). Measurement of attitudes towards persons with disabilities. *Disability & Rehabilitation*, 22(5), 211-224.
- Ayers, S. (2007). *Cambridge Handbook of Psychology, Health and Medicine*: Cambridge University Press.
- Barbosa Da Silva, A., & Solli, H. M. (2012). The Holistic Claims of the Biopsychosocial Conception of WHO's International Classification of Functioning, Disability, and Health (ICF): A Conceptual Analysis on the Basis of a Pluralistic-Holistic Ontology and Multidimensional View of the Human being. *J Med Philos*, 37(3), 277-294. doi: 10.1093/jmp/jhs014
- Bargh, J. A., Chen, M., & Burrows, L. (1996). Automaticity of social behavior: Direct effects of trait construct and stereotype activation on action. *Journal of Personality and Social Psychology*, 71(2), 230.
- Barnartt, S. (2010). *Disability as a Fluid State*: Elsevier JAI.
- Barnes, C., Mercer, G., & Shakespeare, T. (1999). *Exploring Disability: A Sociological Introduction*. Cambridge, UK: Polity Press.
- Barr, J. J., & Bracchitta, K. (2008). Effects of contact with individuals with disabilities: Positive attitudes and majoring in education. *Journal of Psychology: Interdisciplinary and Applied*, 142(3), 225-243. doi: <http://dx.doi.org/10.3200/JRLP.142.3.225-244>
- Barrett, H. C. (1999). *Human Cognitive Adaptations to Predators and Prey*: University of California, Santa Barbara.
- Benjamin, J. (1991). *Legami d'amore. I rapporti di potere nelle relazioni amorose*. Torino: Rosenberg & Sellier.
- Bertalanffy, L. V. (1950). An Outline of General System Theory. *The British Journal for the Philosophy of Science*, 1(2), 134-165. doi: 10.1093/bjps/l.2.134
- Bertalanffy, L. V. (1951). General system theory; a new approach to unity of science. 1. Problems of general system theory. *Hum Biol*, 23(4), 302-312.

- Bertalanffy, L. V. (1968). *General System theory: Foundations, Development, Applications*. New York: George Braziller.
- Bickenbach, J. E. (Ed.). (1993). *Physical disability and social policy*. Buffalo, NY, US: University of Toronto Press.
- Bickenbach, J. E., Chatterji, S., Badley, E. M., & Üstün, T. B. (1999). Models of disablement, universalism and the international classification of impairments, disabilities and handicaps. *Social Science and Medicine*, 48(9), 1173-1187. doi: 10.1016/S0277-9536(98)00441-9
- Bless, H., Schwarz, N., Bodenhausen, G. V., & Thiel, L. (2001). Personalized versus Generalized Benefits of Stereotype Disconfirmation: Trade-offs in the Evaluation of Atypical Exemplars and Their Social Groups. *Journal of Experimental Social Psychology*, 37(5), 386-397. doi: 10.1006/jesp.2000.1459
- Bodenhausen, G. V., & Lichtenstein, M. (1987). Social stereotypes and information-processing strategies: The impact of task complexity. *Journal of Personality and Social Psychology*(52), 871-880.
- Bossaert, G., Colpin, H., Pijl, S. J., & Petry, K. (2011). The attitudes of Belgian adolescents towards peers with disabilities. *Research In Developmental Disabilities*, 32(2), 504-509. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ridd.2010.12.033>
- Brewer, M. B. (1979). In-group bias in the minimal intergroup situation: A cognitive-motivational analysis. *Psychological Bulletin*, 86(2), 307-324. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0033-2909.86.2.307>
- Brewer, M. B., & Feinstein, A. S. H. (1999). Dual processes in the cognitive representation of persons and social categories. In S. Chaiken & Y. Trope (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 255-270). New York, NY: The Guilford Press.
- Brown, D. E. (1991). *Human universals*. New York: McGraw-Hill.
- Brown, D. E. (1999). Human Universals. In R. A. Wilson & F. C. Keil (Eds.), *The MIT Encyclopedia of the Cognitive Sciences* (pp. 382-383). Cambridge, MA: The MIT Press.
- Brownlee, J., & Carrington, S. (2000). Opportunities for authentic experience and reflection: A teaching programme designed to change attitudes towards disability for pre-service teachers. *Support for Learning*, 15(3), 99-105. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/1467-9604.00157>
- Burke, P. J. (1980). The self: Measurement requirements from an interactionist perspective. *Social Psychology Quarterly*, 18-29.
- Buss, D. M. (2012). *Psicologia evolucionistica*. Torino: Pearson.

- Byrom, B. (2004). A pupil and a patient: Hospital schools in progressive America. In S. Danforth & S. D. Taff (Eds.), *Crucial readings in special education* (pp. 25–37). Upper Saddle River, NJ: Pearson-Merrill, Prentice Hall.
- Callero, P. L. (1985). Role-Identity Saliency. *Social Psychology Quarterly*(48), 203-214.
- Cameron, L., Rutland, A., & Brown, R. (2007). Promoting children's positive intergroup attitudes towards stigmatized groups: Extended contact and multiple classification skills training. *International Journal of Behavioral Development*, 31(5), 454-466. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0165025407081474>
- Cantor, N., & Mischel, W. (1979). Prototypicality and personality: Effects on free recall and personality impressions. *Journal of Research in Personality*, 13(2), 187-205.
- Carnevale, F. A. (2007). Revisiting Goffman's Stigma: the social experience of families with children requiring mechanical ventilation at home. *Journal of Child Health Care*, 11(1), 7-18. doi: 10.1177/1367493507073057
- Carter, E. W., Hughes, C., Copeland, S. R., & Breen, C. (2001). Differences between high school students who do and do not volunteer to participate in a peer interaction program. *Journal of the Association for Persons with Severe Handicaps*, 26(4), 229-239. doi: <http://dx.doi.org/10.2511/rpsd.26.4.229>
- Castelnuovo, S., & Guthrie, S. R. (Eds.). (1998). *Feminism and the female body: liberating the Amazon within*. Boulder, Colorado: Rienner.
- Charng, H.-W., Piliavin, J. A., & Callero, P. L. (1988). Role Identity and Reasoned Action in the Prediction of Repeated Behavior. *Social Psychology Quarterly*(51), 303-317.
- Chomsky, N. (1990). Language and Problems of Knowledge. In A. P. Martinich & D. Sosa (Eds.), *The Philosophy of Language* (pp. 558-577). Oxford, UK: Oxford University Press.
- Chomsky, N. (1992). On Cognitive Structures and Their Development : A Reply to Piaget. In B. Beakley & P. Ludlow (Eds.), *The Philosophy of Mind: Classical Problems/Contemporary Issues* (pp. 393-396). Cambridge, MA, USA: Mit Press.
- Conatser, P., Block, M., & Gansneder, B. (2002). Aquatic instructor's beliefs toward inclusion: The theory of planned behavior. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(2), 172-187.

- Corker, M. (1999). Differences, Conflations and Foundations: The limits to 'accurate' theoretical representation of disabled people's experience? *Disability & Society*, 14(5), 627-642. doi: 10.1080/09687599925984
- Corker, M. (2000). Disability Politics, Language Planning and Inclusive Social Policy. *Disability & Society*, 15(3), 445-462. doi: 10.1080/713661963
- Cosmides, L., & Tooby, J. (1987). From evolution to behavior: Evolutionary psychology as the missing link *The latest on the best: Essays on evolution and optimality* (pp. 276-306). Cambridge, MA: The MIT Press; US.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (1992). Cognitive adaptations for social exchange *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 163-228). New York, NY: Oxford University Press; US.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (1994). Beyond intuition and instinct blindness: Toward an evolutionarily rigorous cognitive science. *Cognition*, 50(1-3), 41-77. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0010-0277%2894%2990020-5>
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2008). Beyond intuition and instinct blindness: Toward an evolutionarily rigorous cognitive science *Reasoning: Studies of human inference and its foundations* (pp. 843-865). New York, NY: Cambridge University Press; US.
- Cosmides, L., & Tooby, J. (2013). Evolutionary Psychology: New Perspectives on Cognition and Motivation. *Annual review of psychology*, 64(1), 201-229. doi: 10.1146/annurev.psych.121208.131628
- Cowen, I. L., Underberg, R., & Verrillo, R. T. (1958). The development and testing of an attitudes to blindness scale. *Journal of Social Psychology*(48), 297-304.
- Cummins, D. D. (1998). Social norms and other minds. In D. D. Cummins & C. Allen (Eds.), *The evolution of mind* (pp. 30-50). New York: Oxford University Press.
- Curtis, V., Aunger, R., & Rabie, T. (2004). Evidence that disgust evolved to protect from risk of disease. *Proceedings of the Royal Society of London. Series B: Biological Sciences*, 271(Suppl 4), S131-S133.
- Daruwalla, P., & Darcy, S. (2005). Personal and Societal Attitudes to Disability. *Annals of Tourism Research*, 32(3), 549-570. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.annals.2004.10.008>
- DeJong, G., & Lifchez, R. (1983). Physical disability and public policy. *Scientific American*, 248(6), 40-49.

- Demoulin, S., Leyens, J.-P., & Yzerbyt, V. (2006). Lay Theories of Essentialism. *Group Processes & Intergroup Relations*, 9(1), 25-42. doi: 10.1177/1368430206059856
- Devine, P. G. (1989). Stereotypes and prejudice: Their automatic and controlled components. *Journal of Personality and Social Psychology*, 56(1), 5-18.
- Diamond, K. E. (2001). Relationships among young children's ideas, emotional understanding, and social contact with classmates with disabilities. *Topics in Early Childhood Special Education*, 21(2), 104-113. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/027112140102100204>
- Dovidio, J. F., Pagotto, L., & Hebl, M. R. (2011). Implicit attitudes and discrimination against people with physical disabilities *Disability and aging discrimination: Perspectives in law and psychology* (pp. 157-183). New York, NY: Springer Science + Business Media; US.
- Duchane, K. A., & French, R. (1998). Attitudes and grading practices of secondary physical educators in regular education settings. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 15(4), 370-381.
- Duncan, L. A., Schaller, M., & Park, J. H. (2009). Perceived vulnerability to disease: Development and validation of a 15-item self-report instrument. *Personality and Individual Differences*, 47(6), 541-546. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.paid.2009.05.001>
- Durkheim, É. (1895/1962). *The rules of sociological method*. Glencoe, IL, US: Free Press.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (2007). The advantages of an inclusive definition of attitude. *Social Cognition*, 25(5), 582-602.
- Eagly, A. H., & Chaiken, S. (Eds.). (1993). *The psychology of attitudes*. Orlando, FL US: Harcourt Brace Jovanovich College Publishers.
- Engel, G. L. (1977). The need for a New Medical Model: A Challenge for Biomedicine. *Science*, 196(4286), 129-136.
- Erevelles, N. (1996). Disability and the Dialectics of Difference. *Disability & Society*, 11(4), 519-537.
- Evans, E. M. (2000a). Beyond Scopes: Why creationism is here to stay *Imagining the impossible: Magical, scientific, and religious thinking in children* (pp. 305-333). New York, NY: Cambridge University Press; US.
- Evans, E. M. (2000b). The emergence of beliefs about the origins of species in school-age children. *Merrill-Palmer Quarterly: Journal of Developmental Psychology*, 46(2), 221-254.

- Evans, E. M. (2001). Cognitive and contextual factors in the emergence of diverse belief systems: Creation versus evolution. *Cognitive Psychology*, 42(3), 217-266. doi: <http://dx.doi.org/10.1006/cogp.2001.0749>
- Ezzy, D. (2000). Illness narratives: time, hope and HIV. *Social Science & Medicine*, 50(5), 605-617. doi: 10.1016/S0277-9536(99)00306-8
- Fazio, R. H., Sanbonmatsu, D. M., Powell, M. C., & Kardes, F. R. (1986). On the automatic activation of attitudes. *J Pers Soc Psychol*, 50(2), 229-238.
- Federici, S., & Meloni, F. (2008). *Making Decisions and Judgments on Disability: The Disability Representation of Parents, Teachers, and Special Needs Educators*. Paper presented at the 2nd International Multi-Conference on Society, Cybernetics and Informatics (IMSCI 2008), Orlando, Florida, USA.
- Federici, S., & Meloni, F. (2009). Making Decisions and Judgments on Disability: The Disability Representation of Parents, Teachers, and Special Needs Educators. *Journal of Education, Informatics and Cybernetics*, 1(3), 20-26.
- Federici, S., & Olivetti Belardinelli, M. (2006). Un difficile accordo tra prevenzione e promozione. *Psicologia clinica dello sviluppo*(2), 330-334.
- Ferrucci, F. (2004). *La disabilità come relazione sociale. Gli approcci sociologici tra natura e cultura*. Soveria Mannelli: Rubbettino.
- Findler, L., Vilchinsky, N., & Werner, S. (2007). The Multidimensional Attitudes Scale toward Persons with Disabilities (MAS): Construction and Validation. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 50(3), 166-176.
- Fine, M., & Asch, A. (Eds.). (1988). *Women with Disabilities: essay in psychology, culture, and politics*. Philadelphia, PA: Temple University Press.
- Finkelstein, V. (Ed.). (1980). *Attitudes and Disabled People*. New York: World Rehabilitation Fund.
- Fishbein, M., & Ajzen, I. (1975). *Belief, attitude, intention, and behavior: an introduction to theory and research*. Reading, MASS: Addison-Wesley Pub. Co.
- Fisher, P., & Goodley, D. (2007). The linear medical model of disability: mothers of disabled babies resist with counter-narratives. *Sociology of Health & Illness*, 29(1), 66-81. doi: 10.1111/j.1467-9566.2007.00518.x
- Fiske, S. T., Cuddy, A. J. C., Glick, P., & Xu, J. (2002). A model of (often mixed) stereotype content: Competence and warmth respectively

- follow from perceived status and competition. *Journal of Personality and Social Psychology*, 82(6), 878-902.
- Fiske, S. T., Lin, M., & Neuberg, S. L. (1999). The continuum model: Ten years later. In Y. Trope & S. Chaiken (Eds.), *Dual-process theories in social psychology* (pp. 231-254). New York: Guilford Press.
- Fiske, S. T., & Neuberg, S. L. (1990). A Continuum of Impression Formation, from Category-Based to Individuating Processes: Influences of Information and Motivation on Attention and Interpretation. In P. Z. Mark (Ed.), *Advances in Experimental Social Psychology* (Vol. Volume 23, pp. 1-74): Academic Press.
- Fiske, S. T., Neuberg, S. L., Beattie, A. E., & Milberg, S. J. (1987). Category-based and attribute-based reactions to others: Some informational conditions of stereotyping and individuating processes. *Journal of Experimental Social Psychology*, 23(5), 399-427. doi: 10.1016/0022-1031(87)90038-2
- Fodor, J. A. (1983). *The modularity of mind*. Cambridge, MA: MIT Press.
- Gaertner, S. L., & Dovidio, J. F. (1986). The aversive form of racism. In J. F. Dovidio & S. L. Gaertner (Eds.), *Prejudice, discrimination and racism* (pp. 61-89). Orlando, FL: Academic Press.
- Gage, G. D., Jr., Saylor, C., & DeRoma, V. (2002). Anxiety, attitudes, and sex roles of male college students in a "buddy program" for persons with disabilities. *Psychological Reports*, 90(3,Pt2), 1211-1220. doi: <http://dx.doi.org/10.2466/PRO.90.4.1211-1220>
- Gannon, S., & McGilloway, S. (2009). Children's attitudes toward their peers with Down Syndrome in schools in rural Ireland: An exploratory study. *European Journal of Special Needs Education*, 24(4), 455-463. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08856250903223104>
- Geertz, C. (1973). *The interpretation of cultures*. New York: Basic Books.
- Geertz, C. (1984). Anti anti-relativism. *American Anthropologist*(86), 263-278.
- Gething, L. (1991). Generality vs. specificity of attitudes towards people with disabilities. *British Journal of Medical Psychology*, 64(1), 55-64.
- Gilbert, G. (1951). Stereotype persistence and change among college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 46(2), 245-254. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0053696>
- Gill, F., Kroese, B., & Rose, J. (2002). General practitioners' attitudes to patients who have learning disabilities. *Psychological Medicine: A Journal of Research in Psychiatry and the Allied Sciences*, 32(8), 1445-1455. doi: <http://dx.doi.org/10.1017/S0033291702006608>

- Gilson, S. F., & DePoy, E. (2000). Multiculturalism and Disability: a critical perspective. *Disability & Society, 15*(2), 207-218.
- Gilson, S. F., & DePoy, E. (2002). Theoretical Approaches to Disability Content in Social Work Education., *38*(1), 153-165.
- Goffman, E. (1959). *The presentation of Self in everyday life*. New York: Doubleday Anchor Books.
- Goffman, E. (1961). *Asylums*. Harmondsworth: Penguin Books.
- Goffman, E. (1963). *Stigma; notes on the management of spoiled identity*. Englewood Cliff: Prentice-Hall.
- Grammer, K., & Thornhill, R. (1994). Human (Homo sapiens) facial attractiveness and sexual selection: The role of symmetry and averageness. *Journal of Comparative Psychology, 108*(3), 233-242. doi: 10.1037/0735-7036.108.3.233
- Gray, W., Duhl, F. J., & Rizzo, N. D. (1969). *General systems theory and psychiatry*: Little, Brown.
- Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (1995). Implicit social cognition: Attitudes, self-esteem, and stereotypes. *Psychological Review, 102*(1), 4-27.
- Greenwald, A. G., Banaji, M. R., Rudman, L. A., Farnham, S. D., Nosek, B. A., & Mellott, D. S. (2002). A unified theory of implicit attitudes, stereotypes, self-esteem, and self-concept. *Psychological Review, 109*(1), 3-25.
- Greenwald, A. G., & Farnham, S. D. (2000). Using the implicit association test to measure self-esteem and self-concept. *Journal of Personality and Social Psychology; Journal of Personality and Social Psychology, 79*(6), 1022.
- Greenwald, A. G., McGhee, D. E., & Schwartz, J. L. K. (1998). Measuring individual differences in implicit cognition: the implicit association test. *Journal of Personality and Social Psychology, 74*(6), 1464.
- Greenwald, A. G., Nosek, B. A., & Banaji, M. R. (2003). Understanding and using the implicit association test: I. An improved scoring algorithm. *Journal of Personality and Social Psychology, 85*(2), 197.
- Greenwald, A. G., Poehlman, T. A., Uhlmann, E. L., & Banaji, M. R. (2009). Understanding and using the Implicit Association Test: III. Meta-analysis of predictive validity. *Journal of Personality and Social Psychology, 97*(1), 17.
- Haidt, J., McCauley, C., & Rozin, P. (1994). Individual differences in sensitivity to disgust: A scale sampling seven domains of disgust elicitors. *Personality and Individual Differences, 16*(5), 701-713.

- Heerwagen, J. H., & Orians, G. H. (2002). The ecological world of children. *Children and nature: Psychological, sociocultural, and evolutionary investigations*, 29-64.
- Hein, S., Grumm, M., & Fingerle, M. (2011). Is contact with people with disabilities a guarantee for positive implicit and explicit attitudes? *European Journal of Special Needs Education*, 26(4), 509-522. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08856257.2011.597192>
- Henderson, G., & Bryan, W. V. (1984). *Psychological Aspects of Disability*. Springfield: Charles C. Thomas Publishing.
- Hillyer, B. (Ed.). (1993). *Feminism and Disability*. Norman and London: University of Oklahoma Press.
- Hofmann, B. (2002). On the Triad Disease, Illness and Sickness. *Journal of Medicine and Philosophy*, 27(6), 651-673. doi: 10.1076/jmep.27.6.651.13793
- Hughes, B., & Paterson, K. (1997). The Social Model of Disability and the Disappearing Body: towards a sociology of impairment. *Disability & Society*, 12(3), 325-340.
- Humphrey, J. C. (1999). Disabled people and the politics of difference. *Disability & Society*, 14(2), 173-188.
- Hunt, B., & Hunt, C. S. (2000). Attitudes toward people with disabilities: A comparison of undergraduate rehabilitation and business majors. *Rehabilitation Education*, 14(3), 269-283.
- Illich, I. (1975). *Medical nemesis: the expropriation of health*: Calder & Boyars.
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2012). Indicatori demografici - Dati relativi all'anno 2011. from http://demo.istat.it/altridati/indicatori/2011/Tab_4.pdf
- Istituto Nazionale di Statistica (ISTAT). (2013). 25-64enni con livello di istruzione non elevato. *Noi Italia. 100 statistiche per capire il Paese in cui viviamo*. from [http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1\[id_pagina\]=24&cHash=ae07770fb46269b70a504c61075100f5](http://noi-italia.istat.it/index.php?id=7&user_100ind_pi1[id_pagina]=24&cHash=ae07770fb46269b70a504c61075100f5)
- Ito, T. A., & Urland, G. R. (2003). Race and gender on the brain: Electrocortical measures of attention to the race and gender of multiply categorizable individuals. *Journal of Personality and Social Psychology*, 85(4), 616-626. doi: 10.1037/0022-3514.85.4.616
- Ito, T. A., & Urland, G. R. (2005). The influence of processing objectives on the perception of faces: An ERP study of race and gender perception.

- Cognitive, Affective, & Behavioral Neuroscience*, 5(1), 21-36. doi: 10.3758/cabn.5.1.21
- Johnson, M. H., Dziurawiec, S., Ellis, H., & Morton, J. (1991). Newborns' preferential tracking of face-like stimuli and its subsequent decline. *Cognition*, 40(1-2), 1-19. doi: 10.1016/0010-0277(91)90045-6
- Jones, E. E. (1984). *Social Stigma: The Psychology of Marked Relationships*: W.H. Freeman.
- Judd, C. M., Ryan, C. S., & Park, B. (1991). Accuracy in the judgment of in-group and out-group variability. *Journal of Personality and Social Psychology*, 61(3), 366.
- Kahneman, D., & Tversky, A. (1982). The psychology of preferences. *Scientific American; Scientific American*.
- Kalyva, E., & Agaliotis, I. (2009). Can contact affect Greek children's understanding of and attitudes towards peers with physical disabilities? *European Journal of Special Needs Education*, 24(2), 213-220. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/08856250902793701>
- Karellou, J. (2003). Laypeople's attitudes towards the sexuality of people with learning disabilities in Greece. *Sexuality and Disability*, 21(1), 65-84. doi: <http://dx.doi.org/10.1023/A:1023562909800>
- Karnilowicz, W., Sparrow, W. A., & Shinkfield, A. J. (1994). High school students' attitudes toward performing social behaviors with mentally retarded and physically disabled peers. *Journal of Social Behavior & Personality*, 9(5), 65-80.
- Katz, D., & Braly, K. (1933). Racial stereotypes of one hundred college students. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 28(3), 280-290. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/h0074049>
- Keller, C., & Siegrist, M. (2010). Psychological resources and attitudes toward people with physical disabilities. *Journal of Applied Social Psychology*, 40(2), 389-401. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1559-1816.2009.00579.x>
- Kiesler, D. J. (2000). *Beyond the Disease Model of Mental Disorders*: Praeger.
- Kihlstrom, J. F. (2002). To honor Kraepelin...: From symptoms to pathology in the diagnosis of mental illness. In L. E. B. M. L. Malik (Ed.), *Rethinking the DSM: A psychological perspective* (pp. 279-303). Washington, DC, US: American Psychological Association.
- Klauer, K. C., Wegener, I., & Ehrenberg, K. (2002). Perceiving minority members as individuals: the effects of relative group size in social

- categorization. *European Journal of Social Psychology*, 32(2), 223-245. doi: 10.1002/ejsp.68
- Krahe, B., & Altwasser, C. (2006). Changing Negative Attitudes Towards Persons with Physical Disabilities: An Experimental Intervention. *Journal of Community & Applied Social Psychology*, 16(1), 59-69. doi: <http://dx.doi.org/10.1002/casp.849>
- Kudláček, M., Válková, H., Sherrill, C., Myers, B., & French, R. (2002). An inclusion instrument based on planned behavior theory for prospective physical educators. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 19(3), 280-299.
- Kurzban, R., & Leary, M. R. (2001). Evolutionary origins of stigmatization: the functions of social exclusion. *Psychological Bulletin*, 127, 187-208.
- Lambert, A. J., Chasteen, A. L., Payne, B. K., & Shaffer, L. (2004). Typicality and group variability as dual moderators of category-based inferences. *Journal of Experimental Social Psychology*, 40(6), 708-722. doi: 10.1016/j.jesp.2004.03.003
- Larrivee, B., & Cook, L. (1979). Mainstreaming: a Study of the Variables Affecting Teacher Attitude. *Journal of Special Education*, 13(3), 315-324.
- Lee, T., & Rodda, M. (1994). Modification of attitudes toward people with disabilities. *Canadian Journal of Rehabilitation*, 7(4), 229-238.
- Liesener, J. J., & Mills, J. (1999). An experimental study of disability spread: Talking to an adult in a wheelchair like a child. *Journal of Applied Social Psychology*, 29(10), 2083-2092.
- Link, B. G., & Phelan, J. C. (2001). Conceptualizing Stigma. *Annual Review of Sociology*, 27(1), 363-385. doi: doi:10.1146/annurev.soc.27.1.363
- Livneh, H. (1988). A dimensional perspective on the origin of negative attitudes toward persons with disabilities. In H. E. Yuker & H. E. E. Yuker (Eds.), *Attitudes toward persons with disabilities*. (pp. 35-46). New York, NY US: Springer Publishing Co.
- Lowie, R. H. (1917/1966). *Culture and ethnology*. New York: Basic Books.
- Lukoff, I. F., & Whiteman, M. (1961). Attitudes toward blindness: Some preliminary findings. *New Outlook for the Blind*, 55(2), 39-44.
- Man, M., Rojahn, J., Chrosniak, L., & Sanford, J. (2006). College Students' Romantic Attraction Toward Peers with Physical Disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(1), 35-44.
- Manetti, M., Schneider, B. H., & Siperstein, G. (2001). Social acceptance of children with mental retardation: Testing the contact hypothesis with an Italian sample. *International Journal of Behavioral Development*, 25(3), 279-286. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/01650250042000249>

- Marom, M., Cohen, D., & Naon, D. (2007). Changing disability-related attitudes and self-efficacy of Israeli children via Partners to Inclusion Programme. *International Journal of Disability, Development and Education*, 54(1), 113-127. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/10349120601149821>
- McCarthy, M., & Campbell, N. J. (1993). Serving Disabled Students: Faculty Needs and Attitudes. *NASPA Journal*, 30(2), 120-125.
- McCaughey, T. J., & Strohmer, D. C. (2005). Prototypes as an Indirect Measure of Attitudes Toward Disability Groups. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 48(2), 89-99.
- McManus, J. L., Feyes, K. J., & Saucier, D. A. (2011). Contact and knowledge as predictors of attitudes toward individuals with intellectual disabilities. *Journal of Social and Personal Relationships*, 28(5), 579-590. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0265407510385494>
- Morchain, P., Rohmer, O., & Louvet, E. (2008). Etre ou naître handicapé : quel sens psychologique attribue-t-on au handicap ? In J. M. Hoc & Y. Corson (Eds.), *Actes du Congrès 2007 de la Société Française de Psychologie* (pp. 217-224).
- Morris, J. (Ed.). (1991). *Pride Against Prejudice: Transforming attitudes to disabilities*. Philadelphia, PA: New Society Publishers.
- Mussen, P. H., & Barker, R. G. (1944). Attitudes toward cripples. *The Journal of Abnormal and Social Psychology*, 39(3), 351-355.
- Nagi, S. Z. (1970). *Disability and rehabilitation: legal, clinical, and self-concepts and measurements*: Ohio State University Press.
- Nosek, B. A., Banaji, M. R., & Greenwald, A. G. (2002). Harvesting implicit group attitudes and beliefs from a demonstration web site. *Group Dynamics: Theory, Research, and Practice*, 6(1), 101.
- Nosek, B. A., Smyth, F. L., Hansen, J. J., Devos, T., Lindner, N. M., Ranganath, K. A., . . . Greenwald, A. G. (2007). Pervasiveness and correlates of implicit attitudes and stereotypes. *European Review of Social Psychology*, 18(1), 36-88.
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological Bulletin*, 135(2), 303-321. doi: 10.1037/a0014823
- Oaten, M., Stevenson, R. J., & Case, T. I. (2009). Disgust as a disease-avoidance mechanism. *Psychological Bulletin*, 135(2), 303.
- Olatunji, B. O., Moretz, M. W., McKay, D., Bjorklund, F., de Jong, P. J., Haidt, J., . . . Schienle, A. (2009). Confirming the Three-Factor Structure

- of the Disgust Scale—Revised in Eight Countries. *Journal of Cross-Cultural Psychology*, 40(2), 234-255. doi: 10.1177/0022022108328918
- Olatunji, B. O., Williams, N. L., Tolin, D. F., Abramowitz, J. S., Sawchuk, C. N., Lohr, J. M., & Elwood, L. S. (2007). The Disgust Scale: item analysis, factor structure, and suggestions for refinement. *Psychological Assessment*, 19(3), 281.
- Oliver, M. (1995a). *Defining impairment and disability: issues at stake*.
- Oliver, M. (1995b). *Understanding Disability: From Theory to Practice*: Palgrave Macmillan.
- Oliver, M. (2004). The Social Model in Action: if I had a hammer. In C. Barnes, G. Mercer & University of Leeds. Centre for Disability Studies (Eds.), *Implementing the social model of disability: theory and research* (pp. 18-31). Leeds, UK: The Disability Press.
- Oliver, M. (Ed.). (1990). *The Politics of Disablement*. London: Macmillan.
- Oliver, M., & Sapey, B. (Eds.). (1999). *Social Work with Disabled People*. Basingstoke: Macmillan.
- Parashar, D., Chan, F., & Leierer, S. (2008). Factors influencing Asian Indian graduate students' attitudes toward people with disabilities: A conjoint analysis. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(4), 229-239. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0034355207311317>
- Parasuram, K. (2006). Variables that affect teachers' attitudes towards disability and inclusive education in Mumbai, India. *Disability & Society*, 21(3), 231-242. doi: <http://dx.doi.org/10.1080/09687590600617352>
- Park, J. H., Faulkner, J., & Schaller, M. (2003). Evolved Disease-Avoidance Processes and Contemporary Anti-Social Behavior: Prejudicial Attitudes and Avoidance of People with Physical Disabilities. *Journal of Nonverbal Behavior*, 27(2), 65-87.
- Parsons, T. (1951). *The Social System*. New York: The Free Press.
- Pettigrew, T. F., Tropp, L. R., Wagner, U., & Christ, O. (2011). Recent advances in intergroup contact theory. *International Journal of Intercultural Relations*, 35(3), 271-280. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.ijintrel.2011.03.001>
- Pfeiffer, D. (2000). The Devils are in the Details: the ICIDH2 and the disability movement. *Disability & Society*, 15(7), 1079-1082.
- Pfeiffer, D. (2001). The Conceptualization of Disability. In S. N. Barnartt & B. M. Altman (Eds.), *Exploring Theories and Expanding Methodologies: Where we are and where we need to go* (pp. 29-52). Oxford: JAI Press.

- Phelan, J. C., Link, B. G., & Dovidio, J. F. (2008). Stigma and prejudice: One animal or two? *Social Science & Medicine*, 67(3), 358-367. doi: 10.1016/j.socscimed.2008.03.022
- Piercy, M., Wilton, K., & Townsend, M. (2002). Promoting the social acceptance of young children with moderate-severe intellectual disabilities using cooperative-learning techniques. *American Journal on Mental Retardation*, 107(5), 352-360. doi: <http://dx.doi.org/10.1352/0895-8017%282002%29107%3C0352:PTSAOY%3E2.0.CO;2>
- Pinker, S. (2002). *The blank slate: The modern denial of human nature*. New York, NY, US: Penguin Books.
- Porzig-Drummond, R., Stevenson, R., Case, T., & Oaten, M. (2009). Can the emotion of disgust be harnessed to promote hand hygiene? Experimental and field-based tests. *Social Science & Medicine*, 68(6), 1006-1012.
- Pratto, F., Sidanius, J., Stallworth, L. M., & Malle, B. F. (1994). Social dominance orientation: A personality variable predicting social and political attitudes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 67(4), 741.
- Pruett, S. R., & Chan, F. (2006). The development and psychometric validation of the Disability Attitude Implicit Association Test. *Rehabilitation Psychology*, 51(3), 202-213. doi: <http://dx.doi.org/10.1037/0090-5550.51.3.202>
- Pruett, S. R., Lee, E.-J., Chan, F., Wang, M. H., & Lane, F. J. (2008). Dimensionality of the Contact with Disabled Persons Scale: Results from Exploratory and Confirmatory Factor Analyses. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 51(4), 210-220.
- Quinn, P. (Ed.). (1998). *Understanding Disability: A lifespan approach*. Thousand Oaks: Sage.
- Raden, D. (1985). Strength-Related Attitude Dimensions. *Social Psychology Quarterly*, 48(4), 312-330. doi: 10.2307/2786693
- Raden, D. (1989). Interrelationships between prejudice and other social attitudes in the General Social Survey. *Sociological Focus*(22), 53-67.
- Rao, S. (2004). Faculty Attitudes and Students With Disabilities in Higher Education: A Literature Review. *College Student Journal*, 38(2), 191-198.
- Rausch, E. (1966). Das Eigenschaftsproblem in der Gestalttheorie der Wahrnehmung. In W. Metzger & H. Erke (Eds.), *Handbuch der*

- Psychologie. Bd 1/1. Wahrnehmung und Bewußstein.* Göttingen: Hogrefe.
- Reeves, D. (2005). *Planning For Diversity: Policy And Planning In A World Of Difference*: Routledge.
- Reinhardt, J. D., Ballert, C. S., Fellinghauer, B., Lotscher, A., Gradinger, F., Hilfiker, R., . . . Stucki, G. (2011). Visual perception and appraisal of persons with impairments: A randomised controlled field experiment using photo elicitation. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 33(5), 441-452. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.500344>
- Roberts, C. M., & Smith, P. R. (1999). Attitudes and Behaviour of Children Toward Peers with Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 46(1), 35-50. doi: 10.1080/103491299100713
- Robey, K. L., Beckley, L., & Kirschner, M. (2006). Implicit Infantilizing Attitudes About Disability. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 18(4), 441-453. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10882-006-9027-3>
- Rohmer, O., & Louvet, E. (2006). Etre handicapé : quel impact sur l'évaluation de candidats à l'embauche ? *Le travail humain*, 69(1), 49-65.
- Rohmer, O., & Louvet, E. (2009). Describing persons with disability: Saliency of disability, gender, and ethnicity. *Rehabilitation Psychology*, 54(1), 76-82. doi: 10.1037/a0014445
- Rojahn, J., Komelasky, K. G., & Man, M. (2008). Implicit attitudes and explicit ratings of romantic attraction of college students toward opposite-sex peers with physical disabilities. *Journal of Developmental and Physical Disabilities*, 20(4), 389-397. doi: <http://dx.doi.org/10.1007/s10882-008-9108-6>
- Rosch, E., & Mervis, C. B. (1975). Family resemblances: Studies in the internal structure of categories. *Cognitive Psychology*, 7(4), 573-605.
- Rosch, E., Mervis, C. B., Gray, W. D., Johnson, D. M., & Boyes-Braem, P. (1976). Basic objects in natural categories. *Cognitive Psychology*, 8(3), 382-439.
- Rose, A. (1997). 'Who Causes the Blind to See': disability and quality of religious. *Disability & Society*, 12(3), 395-405.
- Roulstone, A. (1993). *Access to new technology in the employment of disabled people*. London: Sage.

- Rusaleem, H. (1950). The environmental supports of public attitudes toward the blind. *Outlook for the Blind*, 44, 277-288.
- Rusaleem, H., Cohen, M., & Grady, D. (1965). Architectural barriers to the participation of disabled persons in community recreational activities. *Journal of Chronic Diseases*, 18(2), 161-166.
- Sahin, H., & Akyol, A. D. (2010). Evaluation of nursing and medical students attitudes towards people with disabilities. *Journal of Clinical Nursing*, 19(15-16), 2271-2279.
- Scambler, G. (2009). Health-related stigma. *Sociology of Health & Illness*, 31(3), 441-455. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1467-9566.2009.01161.x>
- Schaller, M., Park, J. H., Faulkner, J., Duncan, L. A., Kelly, C., & Dhanoa, G. (2003). *Perceived vulnerability to disease predicts negative reactions to foreign peoples: Studies on implicit stereotypes and immigration attitudes*.
- Schur, E. M. (1971). *Labeling deviant behavior: its sociological implications*: Harper & Row.
- Seo, W., & Chen, R. K. (2009). Attitudes of college students towards people with disabilities. *Journal of Applied Rehabilitation Counseling*, 40(4), 3-8.
- Shakespeare, T., Gillespie-Sells, K., & Davies, D. (Eds.). (1996). *The Sexual Politics of Disability: Untold desire*. London: Cassell.
- Shakespeare, T., & Watson, N. (1997). Defending the social model. *Disability & Society*, 12(2), 293-300.
- Shields, N., Bruder, A., Taylor, N., & Angelo, T. (2011). Influencing physiotherapy student attitudes toward exercise for adolescents with Down syndrome. *Disability and Rehabilitation: An International, Multidisciplinary Journal*, 33(4), 360-366. doi: <http://dx.doi.org/10.3109/09638288.2010.498550>
- Siller, J., Ferguson, L. T., Vann, D. H., & Holland, B. (1968). Structure of attitudes toward the physically disabled: The Disability Factor Scales Amputation, Blindness, Cosmetic Conditions. *Proceedings of the Annual Convention of the American Psychological Association*, 3, 651-652.
- Singer, P. (2001). *Writings on an Ethical Life*: HarperCollins.
- Smart, J. F., & Smart, D. W. (2006). Models of Disability: Implications for the Counseling Profession. *Journal of Counseling & Development*, 84(1), 29-40.
- Söder, M. (1990). Prejudice or ambivalence? Attitudes toward person with disabilities. *Disability, Handicap & Society*, 5(3), 227-241.

- Sparks, P., & Shepherd, R. (1992). Self-identity and the Theory of Planned Behavior: Assessing the Role of Identification with "Green Consumerism. *Social Psychology Quarterly*(55), 388-399.
- Sperber, D. (1985). Anthropology and Psychology: Towards an Epidemiology of Representations. *Man*, 20(1), 73-89. doi: 10.2307/2802222
- Stachura, K., & Garven, F. (2007). A national survey of occupational therapy students' and physiotherapy students' attitudes to disabled people. *Clinical Rehabilitation*, 21(5), 442-449. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0269215507073495>
- Stevenson, R. J., Case, T. I., & Oaten, M. J. (2009). Frequency and recency of infection and their relationship with disgust and contamination sensitivity. *Evolution and Human Behavior*, 30(5), 363-368. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.evolhumbehav.2009.02.005>
- Stone, D. L., & Colella, A. (1996). A model of factors affecting the treatment of disabled individuals in organizations. *Academy of Management Review*, 21(2), 352-401.
- Stone, S. D. (1995). The myth of bodily perfection. *Disability & Society*, 10(4), 413-424.
- Swain, J., Finkelstein, V., French, S., & Oliver, M. (1993). *Disabling barriers--Enabling environments (1993) Disabling barriers--Enabling environments xii, 307 pp Thousand Oaks, CA, US; Maidenhead, BRK, England: Sage Publications, Inc; Open University Press; US; England.*
- Swain, J., & French, S. (2000). Towards an affirmation model of disability. *Disability & Society*, 15(4), 569-582.
- Tachibana, T., & Watanabe, K. (2004). Attitudes of Japanese adults toward persons with intellectual disability: Relationship between attitudes and demographic variables. *Education and Training in Developmental Disabilities*, 39(2), 109-126.
- Tajfel, H., & Turner, J. (2001). An integrative theory of intergroup conflict *Intergroup relations: Essential readings* (pp. 94-109). New York, NY: Psychology Press; US.
- Tajfel, H., & Turner, J. C. (1979). An integrative theory of intergroup conflict. In W. G. Austin & S. Worchel (Eds.), *The social psychology of intergroup relations* (pp. 33-47): Brooks/Cole Pub. Co.
- ten Klooster, P. M., Dannenberg, J.-W., Taal, E., Burger, G., & Rasker, J. J. (2009). Attitudes towards people with physical or intellectual disabilities: Nursing students and non-nursing peers. *Journal Of*

- Advanced Nursing*, 65(12), 2562-2573. doi: <http://dx.doi.org/10.1111/j.1365-2648.2009.05146.x>
- Theodorakis, Y., Bagiatis, K., & Goudas, M. (1995). Attitudes toward teaching individuals with disabilities: Application of planned behavior theory. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 12(2), 151-160.
- Thomas, A., Palmer, J. K., Coker-Juneau, C. J., & Williams, D. J. (2003). Factor structure and construct validity of the Interaction with Disabled Persons Scale. *Educational and Psychological Measurement*, 63(3), 465-483. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0013164403063003008>
- Thomas, C. (Ed.). (1999). *Female Forms: Experiencing and understanding disability*. Buckingham, Philadelphia: Open University Press.
- Thompson, S. A., Bryson, M., & De Castell, S. (2001). Prospects for Identity Formation for Lesbian, Gay, or Bisexual Persons with Developmental Disabilities. *International Journal of Disability, Development and Education*, 48(1), 53-65.
- Titchkosky, T. (2000). Disability Studies: The Old and the New. *The Canadian Journal of Sociology / Cahiers canadiens de sociologie*, 25(2), 197-224. doi: 10.2307/3341823
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1989). Evolutionary psychology and the generation of culture: I. Theoretical considerations. *Ethology & Sociobiology*, 10(1-3), 29-49. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/0162-3095%2889%2990012-5>
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1992). The psychological foundations of culture *The adapted mind: Evolutionary psychology and the generation of culture* (pp. 19-136). New York, NY: Oxford University Press; US.
- Tooby, J., & Cosmides, L. (1997). Evolutionary Psychology: A Primer. from <http://www.psych.ucsb.edu/research/cep/primer.html>.
- Tremain, S. (1996). *We're Here. We're Disabled and Queer. Get Used to It*. Toronto: Women's Press.
- Triandis, H. C., Vassiliou, V., & Nassiakou, M. (1968). Three Cross-Cultural Studies Of Subjective Culture. *Journal of Personality and Social Psychology*, 8(42), 1-42.
- Twaddle, A. (1968). *Influence and illness: Definitions and definers of illness behavior among older males in Providence, Rhode Island*. (Ph. D. Thesis), Brown University.
- Twaddle, A. (1994). Disease, illness and sickness revisited. In A. Twaddle & L. Nordenfelt (Eds.), *Disease, Illness and Sickness: Three Central Concepts in the Theory of Health* (pp. 1-18). Linköping: Studies on Health and Society, 18.

- Union of the Physically Impaired Against Segregation (Ed.). (1976). *Fundamental Principles of Disability*. London: UPIAS.
- Vaughn, E., Thomas, A., & Doyle, A. L. (2011). The Multiple Disability Implicit Association Test: Psychometric analysis of a multiple administration IAT measure. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 54(4), 223-235. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/0034355211403008>
- Verderber, J. M. S., Rizzo, T. L., & Sherrill, C. (2003). Assessing Student Intention to Participate in Inclusive Physical Education. *Adapted Physical Activity Quarterly*, 20(1), 26-45.
- Weinberg, N., & Sebian, C. (1980). The Bible and Disability. *Rehabilitation Counseling Bulletin*, 23(4), 273-281.
- Welch, J. (2003). Ritual in Western Medicine and Its Role in Placebo Healing. *Journal of Religion and Health*, 42(1), 21-33. doi: 10.1023/a:1022260610761
- Wendell, S. (1996). *The Rejected Body: Feminist Philosophical Reflection on Disability*. New York, NY, US: Routledge.
- World Health Organization. (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health: ICF*. Geneva: World Health Organization.
- Yang, L. H., Kleinman, A., Link, B. G., Phelan, J. C., Lee, S., & Good, B. (2007). Culture and stigma: Adding moral experience to stigma theory. *Social Science & Medicine*, 64(7), 1524-1535. doi: <http://dx.doi.org/10.1016/j.socscimed.2006.11.013>
- Yazbeck, M., McVilly, K., & Parmenter, T. R. (2004). Attitudes Toward People with Intellectual Disabilities: An Australian Perspective. *Journal of Disability Policy Studies*, 15(2), 97-111. doi: <http://dx.doi.org/10.1177/10442073040150020401>
- Yuker, H. E. (1988). *Attitudes toward persons with disabilities*: Springer Pub. Co.
- Yuker, H. E., Block, J. R., & Campbell, W. J. (1960). A scale to measure attitudes toward disabled persons. *Human Resources Studies. Columbia University*, 5, 14.
- Yzerbyt, V. Y., Schadron, G., Leyens, J.-P., & Rocher, S. (1994). Social judgeability: The impact of meta-informational cues on the use of stereotypes. *Journal of Personality and Social Psychology*, 66(1), 48-55. doi: 10.1037/0022-3514.66.1.48
- Zajonc, R. B. (1980). Feeling and thinking: Preferences need no inferences. *American Psychologist*, 35(2), 151.

- Zola, I. K. (1989). Toward the Necessary Universalizing of a Disability Policy. *Milbank Quarterly*, 67 supplement, 401-428.
- Zola, I. K. (1993a). Disability Statistics, What We Count and What It Tells Us A Personal and Political Analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 4(2), 9-39.
- Zola, I. K. (1993b). Self, identity and the naming question: reflections on the language of disability. *Social Science and Medicine*, 36(2), 167-173.
- Zola, I. K. (1994). Towards inclusion: the role of people with disabilities in policy and research issues in the United States—a historical and political analysis. *Disability is not measles: New research paradigms in disability*, 49-66.

APPENDICE 1A

SCHEDA ANAGRAFICA – DEMOGRAFICA

G
N.: _____

Rif. al

B
N.: _____

1. Sesso del genitore intervistato:

1 Maschio 2 Femmina

2. Quanti anni ha?

anni

3. Stato civile:

1 Nubile o celibe 2 Coniugato con rito religioso 3 Coniugato con rito civile
4 Separato/a Divorziato/a 5 Convivente 6 Vedovo/a

4. La sua scolarità:

1 Scuole elementari 2 Scuola media inferiore 3 Scuola superiore
4 Università non terminata 5 Laurea/Diploma post-laurea

5. La scolarità del/della suo/a marito/moglie, compagno/a, convivente:

1 Scuole elementari 2 Scuola media inferiore 3 Scuola superiore
4 Università non terminata 5 Laurea/Diploma post-laurea

6. Il suo lavoro:

1 Professionista 2 Commerciante 3 Impiegato/a 4 Operaio/a
5 Insegnante 6 Studente 7 Pensionato/a 8 Casalinga/o
9 Disoccupato/a 10 Altro.....

7. Il lavoro del/della suo/a marito/moglie, compagno/a, convivente:

1 Professionista 2 Commerciante 3 Impiegato/a 4 Operaio/a
5 Insegnante 6 Studente 7 Pensionato/a 8 Casalinga/o
9 Disoccupato/a 10 Altro.....

8. Numero di figli:

1 Nessuno 2 Uno 3 Due 4 Tre 5 Più di tre

9. Provincia o Paese di origine (per esteso):.....

10. Provincia o Paese in cui vivi (per esteso):.....

11. Da quanti anni non vive più nella tua provincia di origine?

anni

12. Orientamento Politico:

1 Destra 2 Centro-destra 3 Centro 4 Centro-sinistra
5 Sinistra 6 Nessuna 7 Non so

13. Qual è la sua religione?

1 Cristiana Cattolica 5 Islamica
2 Cristiana Ortodossa 6 Buddista
3 Cristiana Evangelica/Riformata 7 Nessuna religione
4 Ebraica 8 Altro (*specificare*):.....

14. Ha una disabilità?

1 Sì 2 No

15. Un membro della sua famiglia (convivente) ha una disabilità?

1 Sì 2 No

16. Un parente, un amico o un conoscente a lei vicino ha una disabilità? 1 Sì 2 No

17. Sesso del bambino intervistato:

1 Maschio 2 Femmina

18. Quanti anni ha il bambino?

anni

19. Classe frequentata dal bambino (per esteso):.....

20. Tipo di scuola frequentata:

1 Pubblica 2 Privata

21. Nella scuola frequentata da suo/a figlio/a si pratica l'integrazione scolastica dei bambini disabili (i bambini disabili sono ammessi nella scuola)?

1 Sì 2 No

22. Nella classe frequentata da suo/a figlio/a vi sono uno o più alunni disabili?

1 Sì 2 No

23. Se la risposta alla domanda precedente è SI, che tipo di disabilità hanno?:

1 Sensoriale 2 Motoria 3 Mentale

I dati da lei forniti rimarranno anonimi e in nessun modo a lei o a suo/a figlio/a.

Il D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Grazie per la collaborazione!

LIBERATORIA PER IL BAMBINO

*Trattamento dati personali
Utilizzo dati e risultati dell'esperimento
Riprese filmiche e fotografiche
Registrazioni Audio*

Io sottoscritto

genitore del bambino

DICHIARO

DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL DOTT. FABIO MELONI PUÒ UTILIZZARE I DATI DA ME RACCOLTI E FORNITI IN SEDE DI SPERIMENTAZIONE ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA RICERCA SCIENTIFICA;

AUTORIZZO

Il Dott. Fabio Meloni ad **utilizzare i dati relativi a mio figlio/a e i risultati dell'esperimento** e ad **effettuare audioregistrazioni** di mio figlio/a durante l'attività di sperimentazione ad esclusivo uso di ricerca scientifica, pedagogico e didattico.

Il D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") garantisce che il trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.

Data.....

Firma

LIBERATORIA PER IL GENITORE

*Trattamento dati personali
Utilizzo dati e risultati dell'esperimento
Riprese filmiche e fotografiche
Registrazioni Audio*

Io sottoscritto

DICHIARO

DI ESSERE CONSAPEVOLE CHE IL DOTT. FABIO MELONI PUÒ UTILIZZARE I DATI DA ME FORNITI E RACCOLTI IN SEDE DI SPERIMENTAZIONE ESCLUSIVAMENTE NELL'AMBITO E PER FINI ISTITUZIONALI PROPRI DELLA RICERCA SCIENTIFICA;

AUTORIZZO

Il Dott. Fabio Meloni ad **utilizzare i dati da me forniti e i risultati dell'esperimento** e ad **effettuare audio registrazioni** durante l'attività di sperimentazione ad esclusivo uso di ricerca scientifica, pedagogico e didattico.

Il D.Lgs. n.196 del 30.06.2003 ("Codice in materia di protezione dei dati personali") garantisce che il **trattamento dei dati personali si svolga nel rispetto dei diritti e delle libertà fondamentali, nonché della dignità dell'interessato, con particolare riferimento alla riservatezza, all'identità personale e al diritto alla protezione dei dati personali.**

Data.....

Firma.....

1) SPIEGARE LA DISABILITÀ AI FIGLI

«Le affermazioni che seguono sono tratte da alcune spiegazioni sul significato di disabilità che gli adulti danno a bambini di età differenti. Noi vogliamo sapere se lei darebbe spiegazioni simili a _____ (nome del figlio/a coinvolto/a nella sperimentazione).

Le saranno mostrate in successione alcune figure che descrivono diverse situazioni.

Immagini che suo figlio/a abbia assistito a delle situazioni uguali o simili a quelle descritte dalle figure.

In queste circostanze suo figlio/a ha sentito parlare di disabilità e, non conoscendo il significato del termine, le ha chiesto:

“Che cos’è la disabilità?”

Per ciascuna delle spiegazioni possibili indichi, su una scala a 5 punti, quanto utilizzerebbe ciascuna di esse per rispondere alla domanda di suo figlio/a, considerando che 1 corrisponde a “mai”, 3 a “potrei” e 5 a “sempre”».

1) Prima immagine

	1 Mai		3 Potrei		5 Sempre
	1	2	3	4	5
a) La disabilità è quella situazione in cui una persona è diversa dagli altri perché Dio ha voluto così.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Le persone sono tutte diverse. Quando non accettiamo la loro diversità diciamo che sono disabili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Essere disabili o non disabili è difficile a dirsi, perché la disabilità non dipende solo da come funziona una persona, ma anche dalla situazione in cui vive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Nel mondo ci sono persone belle e persone brutte. La disabilità è quella situazione in cui una persona non è bella come le altre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Le persone disabili sono quelle che incontrano molti più ostacoli intorno a loro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) La disabilità è quando una persona è limitata nel fare qualcosa a causa di una condizione di salute e trova ostacoli nella vita quotidiana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) La disabilità è una conseguenza dei nostri errori. Se ci comportassimo meglio non ci sarebbero persone disabili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Nel mondo quelli che sono diversi dalla maggioranza spesso subiscono ingiustizie. I disabili sono tra questi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Siamo tutti un po’ diversi. Molto dipende da dove ci troviamo se poi funzioniamo più bene o meno bene.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Tutte le persone si dividono in due categorie: quelle che comandano e quelle che non comandano. I disabili rientrano tra quelle che non comandano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) La disabilità è la conseguenza di una malattia che ha cambiato per sempre il nostro corpo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Tutti siamo più o meno disabili: non ci sono persone del tutto disabili e persone del tutto non-disabili. Ci sono, piuttosto, diversi modi di funzionare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Seconda immagine

	1 Mai		3 Potrei		5 Sempre
	1	2	3	4	5
a) Nel mondo ci sono persone belle e persone brutte. La disabilità è quella situazione in cui una persona non è bella come le altre.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Nel mondo quelli che sono diversi dalla maggioranza spesso subiscono ingiustizie. I disabili sono tra questi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Tutti siamo più o meno disabili: non ci sono persone del tutto disabili e persone del tutto non-disabili. Ci sono, piuttosto, diversi modi di funzionare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- d) La disabilità è una conseguenza dei nostri errori. Se ci comportassimo meglio non ci sarebbero persone disabili.
- e) Le persone disabili sono quelle che incontrano molti più ostacoli intorno a loro.
- f) Essere disabili o non disabili è difficile a dirsi, perché la disabilità non dipende solo da come funziona una persona, ma anche dalla situazione in cui vive.
- g) La disabilità è quella situazione in cui una persona è diversa dagli altri perché Dio ha voluto così.
- h) Siamo tutti un po' diversi. Molto dipende da dove ci troviamo se poi funzioniamo più bene o meno bene.
- i) Tutte le persone si dividono in due categorie: quelle che comandano e quelle che non comandano. I disabili rientrano tra quelle che non comandano.
- j) La disabilità è la conseguenza di una malattia che ha cambiato per sempre il nostro corpo
- k) Le persone sono tutte diverse. Quando non accettiamo la loro diversità diciamo che sono disabili.
- l) La disabilità è quando una persona è limitata nel fare qualcosa a causa di una condizione di salute e trova ostacoli nella vita quotidiana.

3) Terza immagine

	1		3		5
	Mai		Potrei		Sempre

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

- a) Tutti siamo più o meno disabili: non ci sono persone del tutto disabili e persone del tutto non-disabili. Ci sono, piuttosto, diversi modi di funzionare.
- b) La disabilità è quella situazione in cui una persona è diversa dagli altri perché Dio ha voluto così.
- c) Le persone disabili sono quelle che incontrano molti più ostacoli intorno a loro.
- d) La disabilità è una conseguenza dei nostri errori. Se ci comportassimo meglio non ci sarebbero persone disabili.
- e) Essere disabili o non disabili è difficile a dirsi, perché la disabilità non dipende solo da come funziona una persona, ma anche dalla situazione in cui vive.
- f) Nel mondo quelli che sono diversi dalla maggioranza spesso subiscono ingiustizie. I disabili sono tra questi.
- g) Nel mondo ci sono persone belle e persone brutte. La disabilità è quella situazione in cui una persona non è bella come le altre.
- h) Le persone sono tutte diverse. Quando non accettiamo la loro diversità diciamo che sono disabili.
- i) La disabilità è quando una persona è limitata nel fare qualcosa a causa di una condizione di salute e trova ostacoli nella vita quotidiana.
- j) Tutte le persone si dividono in due categorie: quelle che comandano e quelle che non comandano. I disabili rientrano tra quelle che non comandano.
- k) La disabilità è la conseguenza di una malattia che ha cambiato per sempre il nostro corpo
- l) Siamo tutti un po' diversi. Molto dipende da dove ci troviamo se poi funzioniamo più bene o meno bene.

4) Quarta immagine

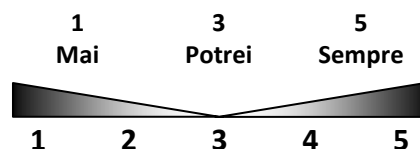
	1		3		5
	Mai		Potrei		Sempre

1	2	3	4	5
----------	----------	----------	----------	----------

- a) Essere disabili o non disabili è difficile a dirsi, perché la disabilità non dipende solo da come funziona una persona, ma anche dalla situazione in cui vive.

- b) La disabilità è la conseguenza di una malattia che ha cambiato per sempre il nostro corpo
- c) Nel mondo quelli che sono diversi dalla maggioranza spesso subiscono ingiustizie. I disabili sono tra questi.
- d) Nel mondo ci sono persone belle e persone brutte. La disabilità è quella situazione in cui una persona non è bella come le altre.
- e) La disabilità è quando una persona è limitata nel fare qualcosa a causa di una condizione di salute e trova ostacoli nella vita quotidiana.
- f) Tutte le persone si dividono in due categorie: quelle che comandano e quelle che non comandano. I disabili rientrano tra quelle che non comandano.
- g) Siamo tutti un po' diversi. Molto dipende da dove ci troviamo se poi funzioniamo più bene o meno bene.
- h) La disabilità è una conseguenza dei nostri errori. Se ci comportassimo meglio non ci sarebbero persone disabili.
- i) Le persone sono tutte diverse. Quando non accettiamo la loro diversità diciamo che sono disabili.
- j) Tutti siamo più o meno disabili: non ci sono persone del tutto disabili e persone del tutto non-disabili. Ci sono, piuttosto, diversi modi di funzionare.
- k) Le persone disabili sono quelle che incontrano molti più ostacoli intorno a loro.
- l) La disabilità è quella situazione in cui una persona è diversa dagli altri perché Dio ha voluto così.

5) Quinta immagine



- a) Tutte le persone si dividono in due categorie: quelle che comandano e quelle che non comandano. I disabili rientrano tra quelle che non comandano.
- b) Siamo tutti un po' diversi. Molto dipende da dove ci troviamo se poi funzioniamo più bene o meno bene.
- c) Le persone sono tutte diverse. Quando non accettiamo la loro diversità diciamo che sono disabili.
- d) La disabilità è una conseguenza dei nostri errori. Se ci comportassimo meglio non ci sarebbero persone disabili.
- e) Tutti siamo più o meno disabili: non ci sono persone del tutto disabili e persone del tutto non-disabili. Ci sono, piuttosto, diversi modi di funzionare.
- f) Le persone disabili sono quelle che incontrano molti più ostacoli intorno a loro.
- g) Nel mondo ci sono persone belle e persone brutte. La disabilità è quella situazione in cui una persona non è bella come le altre.
- h) La disabilità è quando una persona è limitata nel fare qualcosa a causa di una condizione di salute e trova ostacoli nella vita quotidiana.
- i) La disabilità è quella situazione in cui una persona è diversa dagli altri perché Dio ha voluto così.
- j) Nel mondo quelli che sono diversi dalla maggioranza spesso subiscono ingiustizie. I disabili sono tra questi.
- k) La disabilità è la conseguenza di una malattia che ha cambiato per sempre il nostro corpo
- l) Essere disabili o non disabili è difficile a dirsi, perché la disabilità non dipende solo da come funziona una persona, ma anche dalla situazione in cui vive.

2) SPIEGARE LA DISABILITÀ – PARTE PRIMA

Immagini che stia insegnando ad un/una bambino/a tra i 10 e i 12 anni di sua conoscenza e che lui/lei le abbia fatto la seguente domanda:

“Perché (Giovanni, Maria, Paolo o Elena) ha incontrato difficoltà nella vita?”.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate a queste domande, solo differenti tipi di idee. Scriva brevemente quale risposta darebbe.

- 1) Giovanni sta sulla sedia a rotelle perché non può camminare. Perché ha difficoltà nella vita?

- 2) Maria è cieca, cioè non può vedere. Perché ha difficoltà nella vita?

- 3) Paolo è autistico, e non capisce tutto di quello che gli altri dicono. Perché ha difficoltà nella vita?

- 4) Elena è una persona normale. Perché ha difficoltà nella vita?»

3) SPIEGARE LA DISABILITÀ – PARTE SECONDA

Abbiamo raccolto alcune possibili spiegazioni relative alle ragioni per cui alcune persone incontrano difficoltà nella vita. Esprima il suo grado di accordo o di disaccordo con ciascuna di queste affermazioni sapendo che 1 sta per “molto in disaccordo” e 7 sta per “molto d’accordo”.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate, la migliore risposta è la più spontanea.

1) Giovanni sta sulla sedia a rotelle perché non può camminare. Giovanni ha difficoltà nella vita perché:

- a) Trova tanti ostacoli intorno a lui.
- b) Non gli danno lavoro
- c) Gli altri lo maltrattano
- d) È brutto
- e) È stato cattivo
- f) Il suo corpo non funziona bene e il mondo gli rende le cose difficili
- g) Il mondo gli rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene
- h) Dio lo ha voluto
- i) Non cammina bene e non può prendere l’autobus
- l) È malato
- m) Non gli danno lavoro e non cammina bene

1 = Molto in disaccordo 7 = Molto d’accordo

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

2) Maria è cieca, cioè non può vedere. Perché ha difficoltà nella vita?

- a) Non le danno lavoro
- b) È malata
- c) Non cammina bene e non può prendere l’autobus
- d) Gli altri la maltrattano
- e) È stata cattiva
- f) Trova tanti ostacoli intorno a lei
- g) È brutta
- h) Dio lo ha voluto
- i) Non le danno lavoro e non cammina bene
- l) Il suo corpo non funziona bene e il mondo gli rende le cose difficili
- m) Il mondo gli rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene

1 = Molto in disaccordo 7 = Molto d’accordo

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) Paolo è autistico, e non capisce tutto di quello che gli altri dicono. Perché ha difficoltà nella vita?

- a) Dio lo ha voluto
- b) il mondo gli rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene.

1 = Molto in disaccordo 7 = Molto d’accordo

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

INTERESSI E ATTIVITÀ INCORAGGIATE DAI GENITORI

“Qui di seguito sono elencate alcune attività o interessi che spesso i genitori incoraggiano nei propri figli. Indichi di seguito quanto ritiene importante che suo figlio/a si impegni in ciascuna di queste attività. Non ci sono risposte giuste o sbagliate a queste domande, solo differenti opinioni.”

	1 Non Import.	2	3 Importante	4	5 Molto Import.
a) Imparare a cantare o suonare uno strumento.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
b) Imparare a conoscere Gesù o altre figure religiose.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
c) Praticare regolarmente uno sport, la danza o altra attività fisica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
d) Andare ad un museo o a conferenze.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
e) Partecipare a gruppi di volontariato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
f) Andare ad un concerto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
g) Andare in Chiesa o in altri luoghi di culto.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
h) Andare ad una manifestazione sportiva (partita di calcio, basket, ecc.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
i) Leggere il quotidiano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
j) Aiutare i compagni a fare i compiti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
k) Ascoltare musica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
l) Andare a catechismo o in altri luoghi di formazione religiosa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
m) Praticare attività agonistica (o saggi di danza).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
n) Frequentare compagni per attività di studio o extra-scolastiche.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
o) Pregare o meditare.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
p) Fare l'elemosina coi propri risparmi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
q) Seguire lo sport in televisione o alla radio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
r) Partecipare a raccolte nazionali di fondi (tipo Telethon) per aiuti sociali (calamità naturali, fame nel mondo, sostenere onlus, ecc.) con i propri mezzi (usando il numero del proprio cellulare).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
s) Leggere la Bibbia o altri libri sacri o storie di santi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
t) Cedere il posto ad un anziano in un luogo pubblico.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
u) Leggere libri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
v) Fare la raccolta di indumenti usati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
w) Fare educazione fisica a scuola.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
x) Ascoltare programmi televisivi di cultura e scienza (telegiornali, documentari, turistici, ecc.).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
y) Avere un buon voto in condotta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

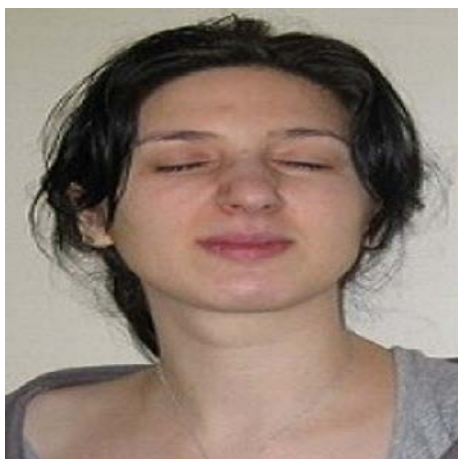
APPENDICE 1B

Stimoli per 'Spiegare la disabilità ai figli'



APPENDICE 1C

Stimoli per 'Spiegare la disabilità'
Risposte aperte e chiuse



APPENDICE 2A

1) DISCRIMINAZIONE SEMANTICA

“Qui ci sono due cestini. Su uno c’è scritto normale e sull’altro disabile. Adesso ti mostrerò alcune fotografie e alcune scritte. Mi piacerebbe che tu le mettesti nel cestino giusto.”

PER LO SPERIMENTATORE

Se il bambino sbaglia nel compito di discriminazione, far ripetere la prova sbagliata fino a che dimostri di saper discriminare correttamente.

2) SCALA DEGLI INTERESSI E DELLE ATTIVITÀ

“Ora ti mostrerò alcune immagini, per un certo numero di volte.

Ogni volta, ti mostrerò 5 immagini.

Queste immagini si riferiscono ad alcune attività ed interessi che riguardano i bambini.

Vorrei che, ogni volta che ti mostro 5 immagini, tu le ordinassi dall'attività che ti piace di più a quella che ti piace di meno.

Di ognuna mi dirai anche quanto spesso la fai.

Per farlo, dovrai indicarmi su questo cartoncino se non la fai mai, se la fai una o più volte all'anno o se la fai una o più volte alla settimana ”.

PER LO SPERIMENTATORE

ATTENZIONE! SOMMINISTRARE LE IMMAGINI SECONDO L'ORDINE DI RANDOMIZZAZIONE NELLA TABELLA ALLEGATA

SOGGETTO N.:	GRADIMENTO					FREQUENZA				
	1	2	3	4	5	1	2	3	4	5
SET N.:	1	2	3	4	5	Mai		Anno		Sett.
1) Leggere storie dalla Bibbia.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Partecipare ad una celebrazione in Chiesa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Andare a catechismo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Dire le preghiere.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Andare all'oratorio.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Leggere un libro sul corpo umano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Vedere un programma TV sulla salute.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) Cercare su internet informazioni sulle malattie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Giocare al piccolo chirurgo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Giocare al dottore.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Aiutare un compagno a fare i compiti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Cedere il posto sull'autobus ad un anziano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Aiutare a spingere una carrozzella.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Guardare il telegiornale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Leggere un quotidiano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Visitare un museo.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17) Leggere favole.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18) Andare al cinema.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19) Fare attività sportiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20) Navigare su internet.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

3) SPIEGARE LA DISABILITÀ – PARTE PRIMA

“Io sto per farti alcune domande.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate a queste domande, solo differenti tipi di idee.

Ti presenterò alcune persone.

Queste persone mi hanno raccontato di aver incontrato difficoltà nella propria vita.

Ti chiederò per ciascuna di queste persone cosa secondo te rende difficile la loro vita.”

- 1) Giovanni sta sulla sedia a rotelle perché non può camminare. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?
- 2) Maria è cieca, cioè non può vedere. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?
- 3) Paolo è autistico, e non capisce tutto di quello che gli altri dicono. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?
- 4) Elena è una persona normale. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?

PER LO SPERIMENTATORE:

Audio registrare le risposte del bambino

4) SPIEGARE LA DISABILITÀ – PARTE SECONDA

Dentro questa scatola ci sono 4 figurine che riportano l'immagine delle persone di cui abbiamo parlato prima.

Ne dovrai estrarre una alla volta.

Di fronte a te c'è un cartoncino con 4 faccine che ti serviranno ad indicarmi quanto sei d'accordo con ciascuna delle affermazioni che io ti leggerò per ciascuna figurina che estrarrai.

Facciamo un esempio.

Se io ti dico: il gelato è dolce.

Tu quanto sei d'accordo?

Molto d'accordo, d'accordo, in disaccordo, molto in disaccordo.

(Qualora il bambino rispondesse un qualunque grado di disaccordo, verificare che realmente abbia scelto la faccina corrispondente alla sua esperienza. Quindi proseguire con una seconda prova).

Facciamo ancora un'altra prova.

Se io ti dico: il sole sorge di notte.

Quanto sei d'accordo?

(Anche se il bambino manifestasse un comportamento oppositivo, verificare semplicemente che la scelta corrisponda al suo volere).

Per ciascuna figurina che estrarrai io farò ora alcune affermazioni: indicami per ciascuna di queste affermazioni la faccina che esprime il tuo accordo o disaccordo.

Giovanni (sedia a rotelle) ha difficoltà nella vita perché:

- 6) Trova tanti ostacoli intorno a lui.
- 7) Non gli danno lavoro
- 5) Gli altri lo maltrattano
- 2) È brutto
- 1) È stato cattivo
- 8) Il suo corpo non funziona bene e il mondo gli rende le cose difficili
- 9) Il mondo gli rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene
- 3) Dio lo ha voluto
- 10) Non cammina bene e non può prendere l'autobus
- 4) È malato
- 11) Non gli danno lavoro e non cammina bene



1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Maria (cieca) ha difficoltà nella vita perché:

- 7) Non le danno lavoro
- 4) È malata
- 10) Non cammina bene e non può prendere l'autobus



1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- 5) Gli altri la maltrattano
- 1) È stata cattiva
- 6) Trova tanti ostacoli intorno a lei
- 2) È brutta
- 3) Dio lo ha voluto
- 11) Non le danno lavoro e non cammina bene
- 8) Il suo corpo non funziona bene e il mondo gli rende le cose difficili
- 9) Il mondo gli rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene

<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Paolo (autistico) ha difficoltà nella vita perché:



- 3) Dio lo ha voluto
- 9) il mondo gli rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene.
- 4) È malato
- 5) Gli altri lo maltrattano
- 1) È stato cattivo
- 6) Trova tanti ostacoli intorno a lui
- 8) Il suo corpo non funziona bene e il mondo le rende le cose difficili.
- 7) Non gli danno lavoro
- 10) Non cammina bene e non può prendere l'autobus
- 11) Non gli danno lavoro e non cammina bene
- 2) È brutto

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Elena (normale) ha difficoltà nella vita perché:



- 2) È brutta
- 9) Il mondo le rende le cose difficili e il suo corpo non funziona bene
- 7) Non le danno lavoro
- 8) Il suo corpo non funziona bene e il mondo le rende le cose difficili.
- 4) È malata
- 5) Gli altri la maltrattano
- 6) Trova tanti ostacoli intorno a lei
- 11) Non le danno lavoro e non cammina bene
- 10) Non cammina bene e non può prendere l'autobus
- 3) Dio lo ha voluto
- 1) È stata cattiva

1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

5) SCALA SULLE CONOSCENZE

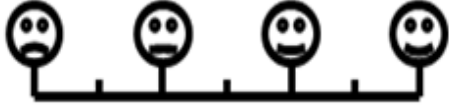
“Ora ti leggerò alcune affermazioni.

Di fronte a te c'è il cartoncino con 4 faccine che ti serviranno ad indicarmi quanto sei d'accordo con ciascuna delle affermazioni che io ti leggerò.

Indicami per ciascuna di queste affermazioni la faccina che esprime il tuo accordo o disaccordo”.

PER LO SPERIMENTATORE

ATTENZIONE! LEGGERE LE AFFERMAZIONI SECONDO L'ORDINE DI RANDOMIZZAZIONE NELLA TABELLA ALLEGATA.

SOGGETTO N.:							
SET N.:							
	1	1,5	2	2,5	3	3,5	4
1) Se un bambino nasce disabile è perché i suoi genitori sono malati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Se una persona diventa disabile è perché è stata cattiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Tutte le persone disabili sono persone straordinarie.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Le persone disabili non possono sposarsi.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Le donne disabili non possono avere figli.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Tutti i sordi sono anche muti (non possono parlare).	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) I disabili a scuola non imparano nulla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) La sindrome di Down dipende da un'anomalia genetica.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Molte paralisi degli arti spesso dipendono da un trauma alla spina dorsale.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Gli autistici hanno difficoltà a comunicare con gli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Il Diabete è una malattia che può colpire anche i bambini.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) Alcuni studenti possono avere difficoltà di apprendimento della scrittura, lettura e nel contare ed essere intelligenti come gli altri.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Tutte le persone prima o poi si ammalano.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) I mezzi pubblici (bus, metro e taxi) sono vietati ai disabili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Alle Paralimpiadi partecipano solo atleti disabili.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16) Per attraversare la strada un cieco può servizi di semafori sonori.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPENDICE 2B

Stimoli per 'Scala degli interessi e delle attività'

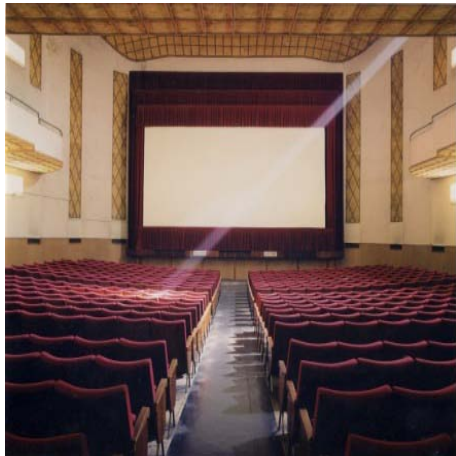
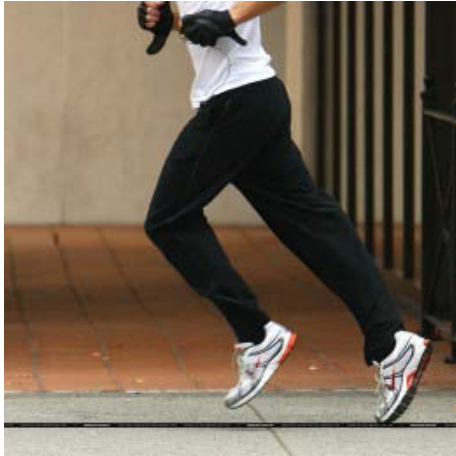
Salute e corpo umano



Attività sociali



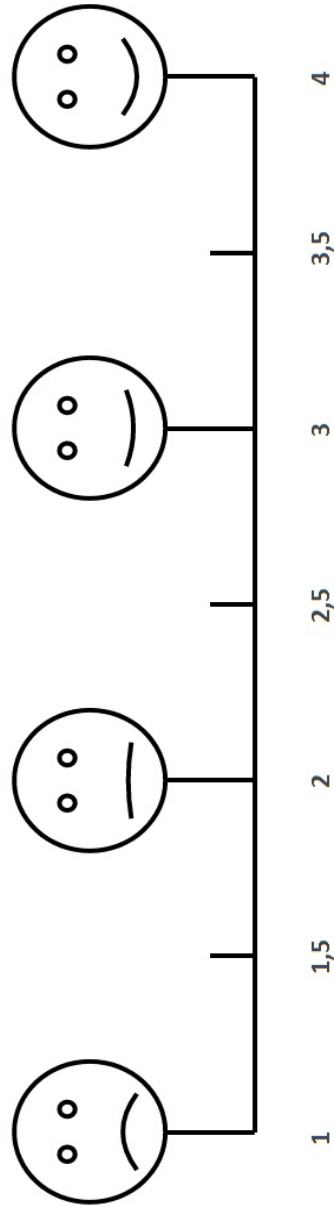
Generale



Religione



APPENDICE 2C



APPENDICE 2D

Spiegare la disabilità – Risposte aperte bambini
Caso esempio
(le frasi indicative di modelli di disabilità sono in grassetto)

Intervistatore:

lo sto per farti alcune domande.

Non ci sono risposte giuste o sbagliate a queste domande, solo differenti tipi di idee.

Ti presenterò alcune persone.

Queste persone mi hanno raccontato di aver incontrato delle difficoltà nella propria vita.

Ti chiederò per ciascuna di queste persone cosa secondo te rende difficile la loro vita.

Giovanni sta sulla sedia a rotelle perché non può camminare. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?

L: Beh, perché cioè lui vorrebbe camminare ma deve stare sulla sedia a rotelle perché non, cioè **è malato** e poi perché, cioè vorrebbe essere... insomma così... voglio dire **è sulla sedia a rotelle e vorrebbe camminare.**

Maria è cieca, cioè non può vedere. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?

L: Perché non può vedere e...

I: Quindi secondo te è una cosa importante?

L: Importante

I: Oppure è lo stesso vedere o non vedere? È una cosa importante che in qualche modo gli rende la vita più facile o più difficile?

L: Più difficile

I: E come mai?

L: Perché non riesce a vedere e non riesce a capire cosa, insomma dove andare e quello che gli sta intorno

I: E perché ha difficoltà nella vita?

L: Perché **vorrebbe essere come noi e riuscire a capire, a vedere cosa gli sta intorno**

I: Altre difficoltà?

L: Mmmm...

I: Tu hai detto che lei vorrebbe essere come noi e poi che altro?

L: Mmmm... a parte vedere vorrebbe anche capire quello che le persone gli stanno cercando di dire oltre che con le parole, e vedere le persone, insomma vedere come sono fatte

I: Fisicamente, se sono bionde, more... Va bene

Paolo è autistico, e non capisce tutto quello che gli altri gli dicono. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?

L: Perché non riesce a capire e non riesce a capire quello che gli dicono gli altri e cosa deve fare, e non riesce bene a ragionare.

I: E questo che conseguenze ha? Come mai ha difficoltà nella vita per questo?

I: Perché quando, volevo dire che quando per esempio va a scuola e non riesce a vedere cosa gli sta intorno, cioè che cosa vogliono dire gli altri, che cosa vogliono comunicargli

I: Come mai questa è una difficoltà?

L: Perché non riesce bene, cioè non riesce tanto bene a... Cioè quando va a scuola non riesce a capire e quando sta a casa... Cioè non riesce a capire quello che gli dicono gli altri

I: E come mai questa è una difficoltà?

L: Perché **poi da grande non potrà per esempio trovare un lavoro perché magari ha difficoltà e magari non potrà avere qualcuno che magari gli stia vicino perché magari dice quello è autistico** e io non ci voglio stare

I: L'ultima Elena è una persona normale. Perché secondo te ha difficoltà nella vita?

L: Forse perché pensa che **lei è felice** invece agli altri hanno qualche problema e vorrebbe aiutarli ma invece non può

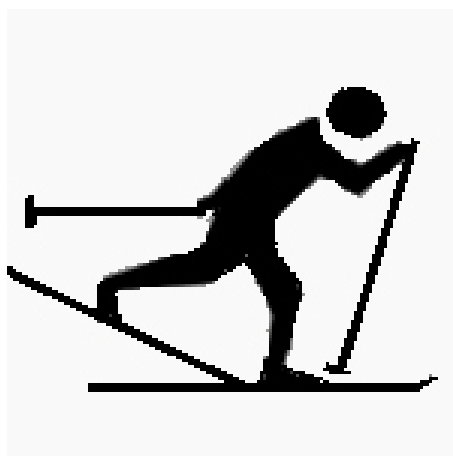
G: Quindi ha difficoltà perché non riesce ad aiutare gli altri? Invece **lei è felice secondo te?**

I: **Beh penso di sì**

APPENDICE 3A

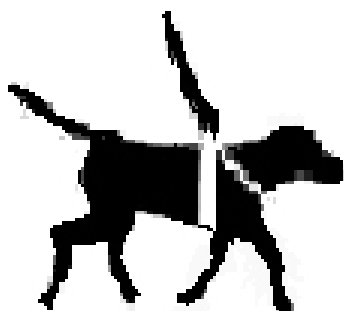
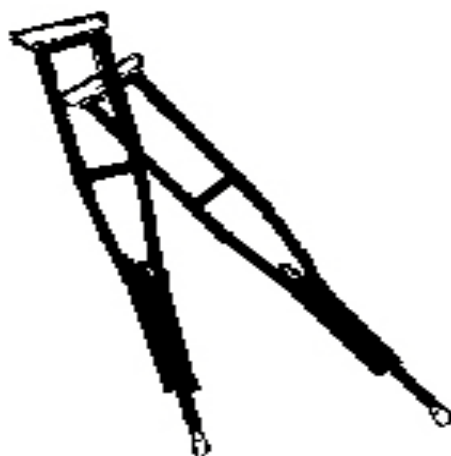
Immagini stimolo per IAT¹
(disabilità – abilità)

Abilità



¹ Fonte degli stimoli: Nosek, B. A., Smyth, F. L., Hansen, J. J., Devos, T., Lindner, N. M., Ranganath, K. A., Smith, C. T., Olson, K. R., Chugh, D., Greenwald, A. G., & Banaji, M. R. (2007). *Pervasiveness and correlates of implicit attitudes and stereotypes*. *European Review of Social Psychology*, 18, 36-88.

Disabilità



APPENDICE 3B

Stimoli verbali per IAT 'salute/malattia' e 'piacevole/spiacevole'
 e medie dei punteggi ottenuti su scala da 1 a 10
 (in rosso gli stimoli selezionati per le prove)

IAT Salute/Malattia	Parole stimolo	Media (1-10)
	Malattia	10
Malanno	8,39	
Male	8,2	
Disturbo	7,86	
Dolore	7,51	
Disagio	7,41	
Fastidio	7,39	
Fiacca	6,85	
Tempra	3,82	
Potenza	3,1	
Carica	3,1	
Efficienza	2,82	
Energia	2,27	
Vigore	2,24	
Piacere	1,72	
Salute	1	
IAT Piacevole/Spiacevole	Parole stimolo	Media (1-10)
	Spiacevole	10
Sgradevole	8,75	
Antipatico	8,58	
Penoso	8,07	
Sgraziato	7,21	
Triste	7,17	
Brutto	6,96	
Pietoso	6,89	
Bello	2,68	
Piacente	2,65	
Prestante	2,62	
Grazioso	2,44	
Gradevole	2,39	
Attraiante	2,37	
Simpativo	1,89	
Piacevole	1	

APPENDICE 4

DISGUST SCALE REVISED

Per favore, indichi quanto lei è d'accordo con ciascuna delle seguenti affermazioni o quanto sono vere per lei. Segni il numero corrispondente alla sua risposta secondo la seguente scala:

0= del tutto in disaccordo
1= piuttosto in disaccordo
2= né d'accordo né in disaccordo
3= piuttosto d'accordo
4= del tutto d'accordo

1.	In circostanze particolari, potrei provare a mangiare carne di scimmia	0	1	2	3	4
2.	Mi darebbe fastidio trovarmi ad un corso di scienze e vedere una mano dentro un barattolo	0	1	2	3	4
3.	Mi darebbe fastidio sentire qualcuno schiarirsi la gola piena di muco	0	1	2	3	4
4.	Sto attento che nessuna parte del mio corpo sfiori la tavoletta del water nei bagni pubblici	0	1	2	3	4
5.	Allungherei il mio percorso piuttosto che attraversare un cimitero	0	1	2	3	4
6.	Vedere uno scarafaggio in casa di qualcun altro non mi infastidirebbe	0	1	2	3	4
7.	Mi darebbe terribilmente fastidio toccare un cadavere	0	1	2	3	4
8.	Se vedo qualcuno vomitare mi si rivolta lo stomaco	0	1	2	3	4
9.	Probabilmente non andrei nel mio ristorante preferito, se scoprissi che il cuoco ha il raffreddore	0	1	2	3	4
10.	Non mi disturberebbe affatto vedere una persona che toglie dall'orbita il suo occhio di vetro	0	1	2	3	4
11.	Se fossi in un parco, mi disturberebbe vedere un topo che mi passa davanti	0	1	2	3	4
12.	Preferirei mangiare un pezzo di frutta che un pezzo di carta	0	1	2	3	4
13.	Anche se avessi fame, non mangerei mai la mia minestra preferita se fosse stata mescolata con uno schiacciamosche usato, anche se accuratamente lavato	0	1	2	3	4
14.	Dormirei malvolentieri in una bella stanza d'albergo se sapessi che la notte prima vi è morto un uomo per un attacco di cuore	0	1	2	3	4

Quanto sarebbero disgustanti (schifose) per lei le cose descritte qui di seguito?

Per favore, segni il numero corrispondente alla sua risposta secondo la seguente scala:

0= per niente disgustante
1= poco disgustante
2= moderatamente disgustante
3= molto disgustante
4= estremamente disgustante

15.	Vedere dei vermi su un pezzo di carne in un cassonetto	0	1	2	3	4
16.	Vedere una persona mangiare una mela con coltello e forchetta	0	1	2	3	4
17.	Sentire odore di urina mentre sta attraversando un sottopassaggio della ferrovia	0	1	2	3	4
18.	Sorseggiare una bibita e accorgersi che sta bevendo dal bicchiere dal quale ha bevuto un suo conoscente	0	1	2	3	4
19.	Muore il gatto di un suo amico e deve raccogliarlo a mani nude	0	1	2	3	4
20.	Vedere qualcuno mettere il ketchup sul gelato alla crema e mangiarlo	0	1	2	3	4
21.	Vedere una persona con l'intestino a vista in seguito ad un incidente	0	1	2	3	4
22.	Scoprire che uno dei suoi amici si cambia la biancheria intima solo una volta a settimana	0	1	2	3	4
23.	Un amico le offre un pezzo di cioccolato a forma di escremento di cane	0	1	2	3	4
24.	Toccare involontariamente le ceneri di una persona che è stata cremata	0	1	2	3	4
25.	Essere sul punto di bere un bicchiere di latte e sentire che è andato a male	0	1	2	3	4
26.	Ad un corso di educazione sessuale, dover gonfiare con la bocca un preservativo nuovo e non lubrificato	0	1	2	3	4
27.	Camminare scalzo sull'asfalto e pestare un verme	0	1	2	3	4

APPENDICE 5

QUESTIONARIO SULLA VULNERABILITÀ PERCEPITA ALLE MALATTIE

PVD, Duncan, L. A., Schaller, M., & Park, J. H. (2009) – Trad. It. Federici, S., & Meloni, F. (2011)

Di seguito troverai 15 affermazioni: per ognuna indica in che misura sei d'accordo utilizzando la seguente scala che va da: 1 = totalmente in disaccordo a 7 = totalmente in accordo, considerando il valore 4 = né in disaccordo, né in accordo. È importante che tu risponda da solo e in piena sincerità. Non ci sono risposte giuste o sbagliate, la risposta migliore è la più spontanea.

In che misura sei d'accordo con le seguenti affermazioni?

1= totalmente in disaccordo ...4... 7= totalmente d'accordo



	1	2	3	4	5	6	7
1) Sono davvero infastidito quanto le persone starnutiscono senza coprirsi la bocca.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2) Se sta "girando" una malattia, io me la prenderò.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3) Mi sento a mio agio a bere con un mio amico dalla stessa bottiglia d'acqua.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4) Non mi piace scrivere con una matita che qualcun altro ha chiaramente masticato.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5) Le mie esperienze passate mi fanno credere che probabilmente non mi ammalo anche quando i miei amici sono ammalati.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6) Ho una storia di ipersensibilità alle malattie infettive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7) Preferisco lavarmi le mani quasi subito dopo aver stretto la mano a qualcun altro.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8) In generale, sono molto sensibile ai raffreddori, all'influenza e ad altre malattie infettive.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9) Mi ripugna indossare abiti usati, perché non sai che persona fosse chi li indossava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10) Ho maggiori probabilità delle persone che mi circondano di contrarre una malattia infettiva.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11) Non sento di avere le mani sporche dopo aver toccato del denaro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12) È improbabile che io contragga un raffreddore, un'influenza, o un'altra malattia anche se sta "girando".	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13) Non mi crea ansia avere intorno persone malate.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14) Il mio sistema immunitario mi protegge da molte delle malattie che altre persone contraggono.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15) Evito di usare i telefoni pubblici per il rischio di poter contrarre qualcosa da chi li ha utilizzati precedentemente.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

APPENDICE 6

Priming infettivo e priming non infettivo

Priming infettivo - 5 brevi news su malattie contagiose:

a. *Sifilide:*

- Secondo gli ultimi dati raccolti dall'Istituto Superiore della Sanità nell'intervallo di tempo che va dal 2000 al 2005, si è verificato un aumento dei casi di sifilide in Italia pari al 458%. La recrudescenza della malattia venerea (un tempo devastante e letale) viene segnalata con allarme in uno studio americano effettuato dai "Centers of Disease Control" di Atlanta pubblicato in un recente numero della rivista "Lancet Infectious Diseases". Secondo gli autori il ritorno della sifilide è in buona parte dovuto all'aumento del "sesso ad alto rischio tra uomini".

b. *HIV:*

- In un grande ospedale sono stati [trapiantati](#) cinque organi di pazienti infetti dal virus Hiv. Venerdì scorso sul sito web dell'ospedale veniva spiegato che l'errore era dovuto ad un'incomprensione tra due dipendenti nel corso di una conversazione telefonica. Pare che uno dei due interlocutori impegnato nella conversazione sul risultato delle analisi sugli organi abbia considerato la parola "non reattivo" come "non negativo" al test HIV. Cuore, fegato, un polmone e due reni del donatore affetto da HIV sono stati trapiantati su più donatori nello stesso giorno. Quando ci si è accorti dell'anomalia, era troppo tardi per porvi rimedio.

c. *Tubercolosi:*

- In Trentino Alto Adige, il tasso di diffusione della tubercolosi su 100 mila abitanti è passato negli ultimi 3 anni da 4,4 del 2007, a 11 del 2009. Così l'andamento: 8,7 (2005), 4,4 (2006), 8 (2007), 9,8 (2008), 11 (2009). Sono le grandi aree urbane ad essere maggiormente interessate e sono più a rischio quegli immigrati che arrivano dall'Asia e dall'Africa, che hanno pochi contatti con il servizio sanitario. Ma l'incubazione può essere molto lunga, perché i sintomi della TBC non sono così evidenti.

d. Herpes labiale:

- Fastidioso e irritante, l'Herpes labiale ha origine da un virus che intacca il sistema immunitario. Una volta contratto il virus, è impossibile eliminarlo. Ma generalmente è silente nell'organismo finché fa la sua comparsa in seguito a stress, esposizione al sole, shock emotivi, intensa attività fisica in corpi non allenati e in genere tutte le situazioni che indeboliscono il sistema immunitario.

e. Mononucleosi:

- La mononucleosi infettiva è una malattia virale di cui non esiste ancora un vaccino per prevenirla. La mononucleosi ha un forte potere di contagio; si trasmette tramite saliva e il suo bersaglio sono i linfociti B. Di solito la malattia ha un decorso piuttosto lungo, in media di cinque settimane e colpisce principalmente gli adolescenti (la mononucleosi è detta, infatti, anche malattia del bacio) e le persone giovani, fino ai 40 anni.

Priming non infettivo - 5 brevi news su argomenti sulla salute senza riferimenti diretti a malattie contagiose:

f. La rivoluzione sanitaria inglese:

- Skype, smartphone, internet, sono queste le chiavi della rivoluzione informatica nel sistema sanitario nazionale britannico. L'annuncio è stato fatto dal direttore dell'NHS, Bruce Keogh, citato dal "The Times", sottolineando che, grazie alla Rete e ai nuovi cellulari sarà possibile per un paziente chiedere un parere a un medico specialista o di famiglia in ogni momento e da ogni luogo del paese.

g. Ticket sanitari:

- Da lunedì 29 agosto 2011 in Emilia-Romagna, Toscana e Umbria partono i nuovi ticket sanitari su farmaci, visite specialistiche e Pronto Soccorso. Tra la fine di luglio e l'inizio di agosto i nuovi ticket sono partiti nelle regioni Lombardia, Lazio, Liguria, Calabria e Basilicata. A poco a poco tutte le Regioni si adegueranno alle novità introdotte dalla manovra finanziaria.

h. Ridere salva la vita:

- Ridere 15 minuti al giorno fa bene al cuore. Con la crisi, a riprova, gli infarti sono cresciuti del 15%. Al Congresso della Società Europea di Cardiologia, tenutasi nel 2011 a Parigi, sono stati presentati i risultati di una ricerca condotta dall'Università del Maryland sui benefici effetti del buonumore. Di contro, sono state presentate stime preoccupanti per le conseguenze dello stress dovuto alla situazione economica.

i. Una tazzina di caffè toglie l'epatologo di turno:

- Una tazzina di caffè espresso protegge il fegato da malattie gravi come la cirrosi epatica e il tumore, soprattutto quando il soggetto è ad alto rischio per queste patologie perché, ad esempio, consuma molti alcolici. La buona notizia arriva dalla revisione di una serie di studi che hanno avuto, negli anni, come protagonista la bevanda più amata dagli italiani. Un compendio di risultati presentato durante l'incontro «La terapia delle malattie epatiche» da Alessandra Tavani, che ha condotto lo studio con Carlo La Vecchia, entrambi dell'Istituto di ricerche farmacologiche Mario Negri di Milano.

j. Chi dorme bene non ingrassa:

- Da sfatare il luogo comune secondo cui d'estate si dimagrisce più facilmente. Niente di più falso, dicono gli esperti. Di solito si rientra dalle ferie sempre con tre-quattro chili in eccesso. La causa? È che d'estate perdiamo più sonno. Dormire le sei-sette ore per notte con un riposino pomeridiano aiuta a mantenere il giusto peso.