

Organizzare la Scuola Inclusiva

Gli strumenti di classificazione e valutazione dell'ICF

Guida introduttiva all'uso dell'ICF nella
progettazione degli interventi educativi

prof. Gianluca Lovino

2016



Sommario

1. Struttura e logica classificatoria dell'ICF.....	2
1.1 ICFDH - International Classification of Functioning, Disability and Health.....	2
1.2 l'ICF come evoluzione dell'ICIDH	3
1.3 Concetto di salute.....	4
1.3.1 Definizioni di menomazione, disabilità ed handicap nel paradigma diagnostico ICD.....	4
1.3.2 Limiti evidenziabili dall'analisi ICIDH	6
1.3.3 Definizioni di menomazione, disabilità ed handicap nel paradigma antropologico dell'ICF	6
1.4 Il modello bio-psico-sociale dell'ICF	7
1.5 La struttura dell'ICF	9
1.5.1 Componenti dell'ICF della prima parte.....	10
1.5.2 Componenti dell'ICF della seconda parte.....	11
1.6 Domini	12
1.7 I codici e il linguaggio standardizzato dell'ICF	13
2. La valutazione nel sistema ICF	15
2.1 Qualificare un codice	15
2.2 I qualificatori di ciascuna componente.....	16
2.2.1 Funzioni corporee.....	16
2.2.2 Strutture corporee.....	17
2.2.3 Attività e partecipazione	18
2.2.4 Fattori ambientali	20



1. Struttura e logica classificatoria dell'ICF

1.1 ICFDH - International Classification of Functioning, Disability and Health

L'ICF appartiene alla famiglia delle classificazioni internazionali sviluppate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in vista di una loro applicazione a vari aspetti della **salute**. Si tratta di uno strumento utilizzato per descrivere, misurare e classificare salute e disabilità. Tramite l'ICF è possibile ricavare *informazioni strutturate sulla salute* sia a livello delle funzioni (inclusa la sfera mentale) e delle strutture dell'organismo umano, sia a livello dell'attività di una persona e della sua partecipazione alle situazioni di vita.

Contrariamente all'ICD-10 (sigla di International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems, ora in vigore nella sua decima edizione), forse la più nota tra le classificazioni internazionali dell'OMS, nella quale vengono classificate le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni ecc.), nell'ICF vengono invece classificati il *funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute*. Le due classificazioni insieme costituiscono uno strumento per descrivere e mettere a confronto salute, morbilità e mortalità delle popolazioni in un contesto internazionale. L'OMS, in effetti, raccomanda l'uso congiunto di ICD-10 per codificare le condizioni di salute e di ICF per descrivere il funzionamento della persona.

Pur trovando applicazione soprattutto nell'ambito della riabilitazione, l'ICF non è stata sviluppata soltanto per la prassi riabilitativa, bensì anche per essere applicata ai più vari ambiti dell'assistenza e della politica sanitaria. Come esplicitamente dichiarato nella classificazione stessa, essa fungerà sia da strumento clinico che da strumento statistico, di ricerca e di formazione. Avrà estrema importanza come strumento di politica sociale (ad esempio nell'elaborazione dei programmi di previdenza sociale, dei sistemi di indennizzazione e degli schemi di valutazione nell'assicurazione sanitaria) nonché ricadute su altri settori quali il lavoro, la legislazione, l'economia.

L'ICF è stato introdotto perché le informazioni provenienti dalla diagnosi medica, seppur importanti e fondamentali, non sono più state giudicate *sufficienti* per descrivere il reale quadro *funzionale* di una persona. Oltre a questo aspetto, con l'ICF si è data risposta all'esigenza di avere a disposizione un *linguaggio internazionale* comune, che permettesse di rendere più efficace la comunicazione non solo tra i servizi della medesima area di intervento (per esempio tra le ASL, oppure tra ospedali), ma anche tra servizi di diversa competenza (per esempio tra Ospedale e ASL, oppure tra ASL e scuola, o ancora tra ASL e assistente sociale del Comune). Non è un caso che l'ICF sia stato accettato come una delle Classificazioni delle Nazioni Unite; in quanto tale, costituisce lo strumento adeguato per la realizzazione di mandati internazionali a difesa dei diritti umani nonché di normative nazionali.

L'ICF è uno strumento di classificazione che può essere usato con tutte le persone di qualsiasi età, dal neonato all'anziano, per descrivere la presenza o l'assenza di **menomazioni nelle funzioni e nelle strutture corporee**, il **funzionamento**, la **disabilità** e il **contesto** in cui vivono le persone che manifestano una **modificazione dello stato di salute**, vale a dire una malattia (acuta o cronica), un disturbo, una lesione, un



trauma oppure condizioni particolari di **salute** come la gravidanza, l'invecchiamento, lo stress, un'anomalia congenita o una predisposizione genetica... Tutte queste modificazioni dello stato di salute vengono raggruppate sotto il termine "**condizione di salute**".

La versione ICF cui faremo riferimento è quella stilata per Bambini e Adolescenti (**ICF-CY**), che rappresenta una classificazione "derivata", approvata dall'OMS nel 2007, basata su ICF.

1.2 l'ICF come evoluzione dell'ICIDH

L'ICF segue la ICIDH, la Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps) che fu pubblicata per la prima volta nel 1980 come versione per la sperimentazione sul campo. Nel 1993 venne ristampata con l'aggiunta di una prefazione e fu deciso di avviare un processo di revisione durante il quale sono stati apportati molteplici cambiamenti finché, dopo varie fasi di sperimentazione sul campo, l'Assemblea Mondiale della Sanità approvò nel maggio del 2001 la prima versione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, accettata da 191 paesi.

L'ICF si basa sul cosiddetto modello *bio-psico-sociale* della disabilità, derivante dall'integrazione del modello "medico" e quello "sociale", due modelli concettuali opposti tra di loro. Il primo vede la disabilità come un problema dell'individuo, causato direttamente da malattie, traumi ecc., che necessita dunque di interventi che mirano alla cura delle condizioni che comportano la disabilità oppure ad un adattamento da parte della persona.

Secondo il modello sociale, invece, la disabilità è in primo luogo creata dalla società e deriva da un problema di integrazione in quest'ultima. **La disabilità, quindi, non è la caratteristica di un individuo, ma piuttosto il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall'ambiente sociale.**

Ne consegue che è necessario intervenire con azioni volte a favorire l'integrazione delle persone in tutte le sfere della vita sociale. L'ICIDH non poteva rispecchiare in modo adeguato il modello bio-psico-sociale perché non teneva minimamente conto del ruolo che gioca l'ambiente fisico o sociale nel contesto della disabilità.

Essa considerava il mondo fisico e sociale come fisso e immutabile e non riconosceva dunque l'esistenza di barriere o facilitatori sociali, fattori questi che sono invece all'origine della disabilità. Con l'ICIDH era possibile definire il livello di capacità di un individuo, ma risultava impossibile determinare se questa capacità fosse il risultato di un intervento sulla persona (grazie alla riabilitazione, per esempio) o se fosse, al contrario, il risultato di un intervento sull'ambiente fisico o sociale. Tale mancanza può essere considerata dunque uno dei principali difetti dell'ICIDH.

In quest'ultima le condizioni di un individuo erano considerate essenzialmente attraverso tre dimensioni: dal punto di vista del corpo in quanto strutture e funzioni, da quello individuale in quanto capacità di eseguire attività e da una prospettiva sociale.



Figura 1 Visione sequenziale del modello ICDH

Non è quindi possibile comprendere del tutto la portata innovativa dell'ICF nel panorama delle classificazioni dell'OMS se non si approfondisce il *gap* oggi esistente tra la **visione contemporanea del concetto di salute dell'OMS e l'approccio allo stesso concetto operato dall'ICD-10**.

1.3 Concetto di salute

Attualmente, il concetto di salute elaborato dall'OMS si è evoluto dal significato di "assenza di malattia" ad un concetto più articolato e complesso che fa riferimento alla **tensione verso una piena armonia e un sano equilibrio fisico, psichico, spirituale e sociale**. Ne consegue che, alla definizione dello stato di salute di un individuo, concorre non solo l'esame clinico ed obiettivo della persona (assenza di malattia, disturbi o lesioni...) ma anche l'insieme delle dimensioni del *funzionamento umano* (fisico, psicologico, personale, familiare e sociale) unitamente all'ambiente in cui si svolge la sua vita.

Questo significa che:

- La **salute** non riguarda solo alcune parti di un individuo (fegato, polmoni..) ma è uno stato di piena forma dell'intera persona;
- La **salute** è essenzialmente legata al **funzionamento** umano a tutti i livelli (biologico, personale e sociale);
- La **salute** non può essere separata dal contesto o ambiente in cui la persona vive.

La **salute** interagisce con l'ambiente e l'ambiente interagisce **con la salute**.

1.3.1 Definizioni di menomazione, disabilità ed handicap nel paradigma diagnostico ICD

La classificazione ICDH definisce **menomazione** qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche, anatomiche. Essa è caratterizzata da perdita o anomalie transitorie o permanenti, esistenza o evenienza di anomalie, difetti, perdite a carico di arti, organi, tessuti o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali. E' quindi l'esteriorizzazione di uno stato patologico e, in linea di principio, riflette disturbi a livello d'organo.



La valutazione della menomazione avviene in ambiente controllato (laboratorio munito di strumenti specifici per la misurazione del deficit) ed i criteri di valutazione sono fissi e stabili in modo da garantire la ripetibilità della diagnosi.

La **disabilità** invece si caratterizza per spostamenti, per eccesso o difetto, nella realizzazione di compiti e nell'espressione di comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso. Si parla di disabilità transitorie o permanenti, reversibili o irreversibili, progressive o reversive.

Le disabilità possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione di un soggetto, specialmente dal punto di vista psicologico, a una menomazione fisica e sensoriale. La disabilità si riferisce alla perdita delle capacità funzionali estrinseche (attraverso arti e comportamenti) che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno.

Quindi si parla di disabilità se:

- c'è una menomazione;
- la prestazione del singolo, a causa della sua menomazione, è inferiore rispetto alla normale prestazione del gruppo.

Da tale definizione consegue un chiaro problema di non facile soluzione: diventa necessario calcolare la **normale prestazione del gruppo** e inoltre, se di cambia il gruppo di riferimento, cambia la valutazione della disabilità.

La valutazione migliore della disabilità sarebbe quella **ecologica** che richiederebbe l'osservazione diretta della persona nel suo naturale contesto di vita. Tuttavia essa avviene generalmente in ambiente di laboratorio (ambiente artificiale che simula la possibile situazione abituale del soggetto).

La classificazione delle disabilità nel paradigma ICD fa riferimento alle seguenti categorie:

- Disabilità comportamentali;
- Disabilità nella comunicazione;
- Disabilità nella cura della propria persona;
- Disabilità motorie;
- Disabilità nell'assetto corporeo;
- Disabilità nella destrezza;
- Disabilità contestuali;
- Disabilità in attitudini particolari;
- Altre disabilità.

In questo senso, quindi, la diversità di abilità (disabilità) si caratterizza in modo diverso a seconda dei diversi compiti che una persona dovrebbe saper svolgere rispetto ad un livello ritenuto *normale* per un gruppo di riferimento.

L'**handicap**, infine, è una condizione di svantaggio vissuta da un soggetto in conseguenza a una menomazione o ad una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona (in base a età, sesso, fattori culturali e sociali...).



L'handicap è caratterizzato dalla discrepanza fra l'efficienza o lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza e di stato sia del soggetto stesso, sia del particolare gruppo di cui fa parte. Lo svantaggio si manifesta in un contesto integrato, quando vi è una valutazione per graduatorie. Lo svantaggio riguarda quindi un soggetto che ha aspettative di prestazione e vuole realizzarle in un contesto competitivo.

1.3.2 Limiti evidenziabili dall'analisi ICIDH

- Le categorie relative a menomazioni, disabilità e handicap appaiono scarsamente definite. Si evidenziano difficoltà nell'associare alle persone con disabilità una determinata categoria, a volte perché non esiste alcuna categoria che li includa, altre volte per la possibilità di essere inclusi in più categorie;
- Le categorie appaiono spesso inadeguate quando l'interesse è quello di descrivere le disabilità di anziani, bambini o di persone con disturbi psichiatrici;
- I criteri di valutazione proposti appaiono, soprattutto agli operatori con compiti di riabilitazione di persone gravemente disabili, troppo grossolani e non sensibili nei confronti dei piccoli progressi che faticosamente con queste persone si riescono ad ottenere;
- Il sistema di classificazione proposto è spesso legato a negative influenze sociali. La descrizione di una persona in termini negativi ("non sa fare questo, non ha abilità...") crea ulteriori ostacoli ai processi di integrazione;
- Nell' ICD vi è la totale assenza di una analisi delle variabili *contestuali*.

1.3.3 Definizioni di menomazione, disabilità ed handicap nel paradigma antropologico dell'ICF

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, con la pubblicazione dell' ICF nel novembre 2001, ha finalmente iniziato ad analizzare la vita delle persone, delle modalità con cui esse si trovano a convivere con le loro patologie e le affrontano cercando di migliorare la propria condizione.

Il cambiamento di prospettiva si apprezza soprattutto nell'idea che è alla base dell'impianto ICF, per il quale **ogni persona, in qualunque momento della vita, può avere una condizione di salute che in un contesto sfavorevole diventa disabilità**. La **disabilità** è una difficoltà nel funzionamento a livello fisico, personale o sociale, in uno o più dei domini principali di vita, che una persona con una condizione di salute trova nell'interazione con i **fattori contestuali**.

Nella prospettiva dell'ICF, la partecipazione alle attività sociali di una persona con disabilità è determinata dall'**interazione della sua condizione di salute** (a livello di strutture e di funzioni corporee) **con le condizioni ambientali, culturali, sociali e personali** (definite fattori contestuali) in cui essa vive.

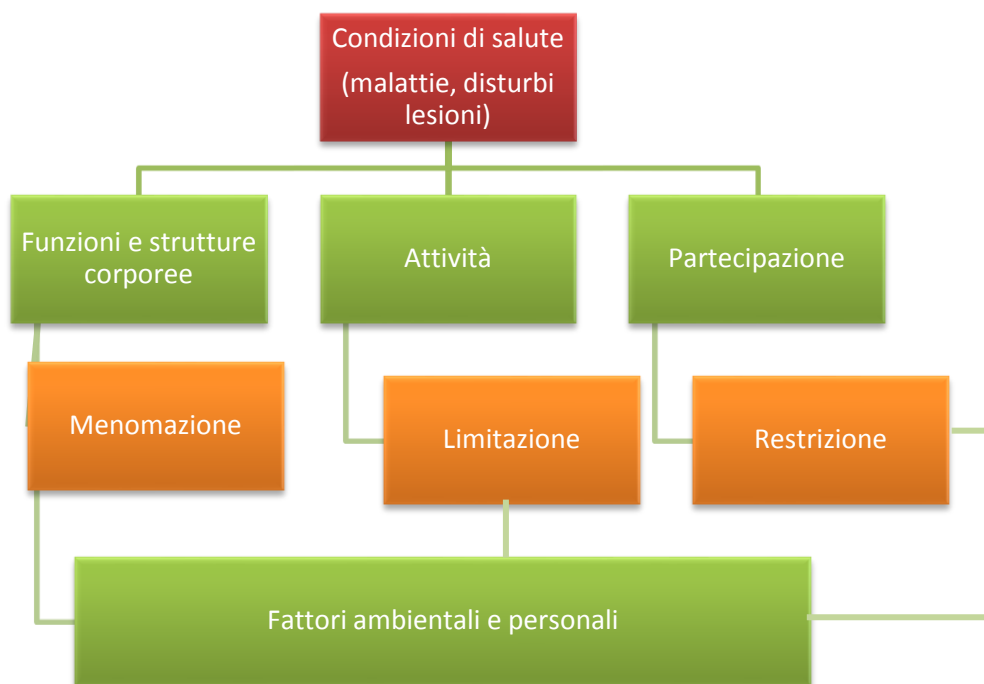
Ne consegue che l'ICF recepisce pienamente il modello sociale della disabilità e promuove un approccio globale alla persona attento



- alle potenzialità complessive;
- alle varie risorse del soggetto,
- al contesto, personale, naturale, sociale e culturale, che incide decisamente sulla possibilità che tali risorse hanno di esprimersi.

La disabilità, quindi, non è più considerata come un problema di pochi, ma vengono proposte modalità per valutare l'impatto sociale e fisico sul funzionamento della persona. Non ci si limita più a registrare i problemi, ma si pensa a possibili interventi: il ricorso alla classificazione proposta nell'ICF può facilitare infatti le operazioni di programmazione degli interventi riabilitativi.

L'ICF non è più una classificazione delle *conseguenze delle malattie* (menomazioni, disabilità e handicap), ma la rassegna delle *componenti della salute*. Ne consegue che le definizioni dell'ICD di menomazione, disabilità ed handicap vengono totalmente superate nell'ambito della visione antropologica dell'ICF.



1.4 Il modello bio-psico-sociale dell'ICF

Il sistema di classificazione proposto dall'ICF opera attraverso una serie di **categorie** raggruppate e ordinate secondo il criterio fornito dal modello bio-psico-sociale, che guarda alla persona nella sua interezza: non solo dal punto di vista sanitario, ma anche nella consuetudine delle relazioni sociali di tutti i giorni. L'ICF è quindi un modello concettuale di **approccio globale al funzionamento della persona**, che si definisce nell'interazione e nella reciprocità tra individuo e contesto ambientale. Attraverso la selezione delle specifiche **categorie** in una lista di controllo (**checklist**) è possibile ottenere una descrizione del tutto neutrale di quelli che vengono chiamati il **funzionamento** e la **disabilità** di una persona, ovvero gli elementi che determinano la sua **condizione di salute**.



Grazie a questo strumento è possibile descrivere:

- il **funzionamento**, cioè gli aspetti che vengono considerati "positivi" di una persona, ovvero ciò che quella persona è in grado di fare nella normale interazione con i fattori contestuali
- la **disabilità**, cioè gli aspetti "negativi" del **funzionamento**, cioè che una persona ha difficoltà a fare nella normale interazione con l'ambiente
- la presenza o l'assenza di **menomazioni** riguardanti le funzioni e/o le strutture corporee;
- i **fattori contestuali**, vale a dire l'influenza positiva o negativa che l'ambiente in cui vive la persona può avere sul **funzionamento** stesso della persona.

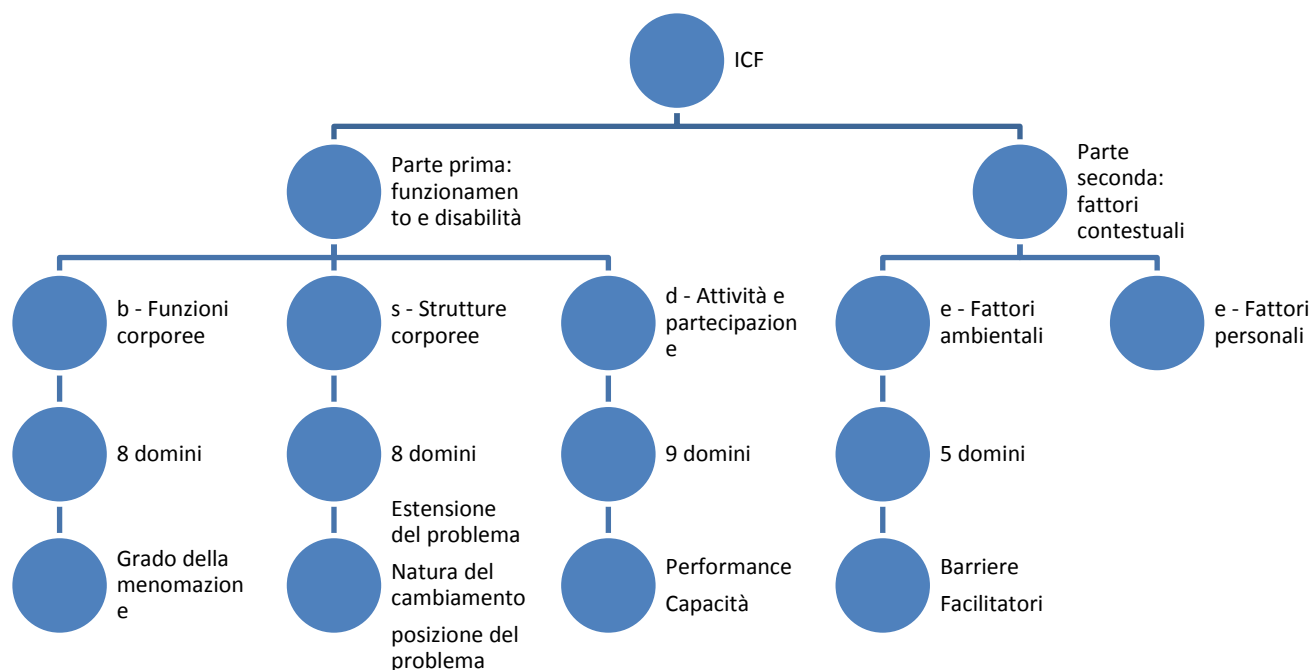
La descrizione di questi aspetti si realizza attraverso il processo di selezione delle specifiche **categorie** che meglio descrivono la **salute**, gli aspetti collegati alla **salute** e il contesto in cui vive la persona.

Secondo il modello bio-psico-sociale lo **stato di salute** dipende complessivamente da tre elementi:

- l'integrità delle funzioni e strutture corporee
- la capacità di svolgere delle attività
- la possibilità di partecipare alla vita sociale.



1.5 La struttura dell'ICF



Come illustrato in figura, il sistema di classificazione dell'ICF è articolato in 2 **parti**. A loro volta, le parti si declinano in **componenti** (b,s,d,e) che vengono descritte nell'ambito di **domini** e **categorie**. Tali domini, quindi, si frammentano in **blocchi** che descrivono ogni singolo aspetto del funzionamento di una persona dal punto di vista biologico, psicologico e sociale. Tale costruzione così raffinata serve per associare un **codice univoco** a ciascuna delle possibili dimensioni del funzionamento umano. Si rimanda ai paragrafi successivi per una descrizione più minuziosa della struttura gerarchica dell'ICF. A ciascun codice così costituito può essere poi associato un **costrutto o qualificatore** che rappresenterà la **valutazione** dello stato di salute di una persona da parte di un operatore (sanitario, sociale, educativo ...).

Nello specifico:

- la **prima parte** è dedicata all'accertamento del **funzionamento** e delle disabilità suggerendo un elenco e una classificazione delle funzioni e delle strutture corporee, delle attività quotidiane che generalmente le persone sono chiamate a svolgere e dei livelli di partecipazione.
- La **seconda parte** elenca i **fattori contestuali** che possono esercitare impatti significativi sulla vita delle persone. Vengono considerate sia le componenti fisiche e sociali degli ambienti di vita, sia i fattori personali (razza, età, stili di vita, abitudini, background sociale, lavorativo...).

Come anticipato, le due parti dell'ICF si articolano in componenti che vengono utilizzate sia per indicare problemi (es. menomazioni, limitazione dell'attività o restrizione della partecipazione, raggruppati sotto il



termine disabilità) sia rappresentare aspetti non problematici della salute e degli stati ad essa correlati raggruppati sotto il termine *ombrello* funzionamento.

Le lettere b, s, d, e che definiscono le componenti ICF derivano dalle iniziali in inglese dei termini che le definiscono:

b – body – funzioni corporee

s – structure – strutture corporee

d – domain – attività e partecipazione

e –environment – fattori contestuali

1.5.1 Componenti dell'ICF della prima parte

b - Le funzioni corporee, fisiologiche o psicologiche, riguardano il funzionamento del cervello e del sistema nervoso centrale. Si classificano in 8 domini:

- funzioni mentali
- Funzioni sensoriali
- Funzioni della voce e della parola
- funzioni del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio
- funzioni digestive, nutrizionali, metaboliche ed endocrinologiche
- funzioni genito – urinarie e riproduttive
- funzioni neuro – muscolo – scheletriche e correlati al movimento
- funzioni della pelle e strutture correlate

s – Le strutture corporee riguardano l'adeguatezza/completezza delle parti anatomiche del corpo (organi, arti e loro componenti). Si classificano in 8 domini:

- strutture del sistema nervoso (cervello, midollo spinale e strutture correlate);
- occhio e strutture correlate;
- strutture coinvolte nella voce e nella parola;
- strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e respiratorio;
- strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolici ed endocrini;
- strutture del sistema urogenitale e di riproduzione;
- strutture correlate al movimento;
- pelle e strutture correlate.

In relazione a tale classificazione, una menomazione viene descritta come uno o più problemi nelle strutture o funzioni corporee, sotto forma di significativa deviazione o perdita.

d – Attività e partecipazione. La dimensione delle **attività** si riferisce ai comportamenti che le persone mettono in atto al fine di svolgere compiti, mansioni ed azioni, mentre quella della **partecipazione** si riferisce al livello di coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita in relazione alla salute, alle condizioni e alle funzioni corporee, alle attività che è in grado di svolgere. Le disabilità diventano così



“limitazioni nelle attività” e l’handicap assume il significato di “restrizione alla partecipazione”. Questa componente si declina nei 9 domini:

- attività di apprendimento e di applicazione delle conoscenze;
- compiti e richieste generali;
- comunicazione;
- mobilità;
- cura della propria persona;
- vita domestica
- interazioni e relazioni interpersonali;
- aree di vita principali;

1.5.2 Componenti dell'ICF della seconda parte

e – I fattori contestuali si riferiscono alle caratteristiche dell’ambiente fisico e sociale, agli atteggiamenti e ai valori propri della persona e del contesto d’appartenenza. Si classificano in 5 domini:

- prodotti e tecnologia;
- ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall’uomo;
- relazioni e sostegno sociale;
- atteggiamenti;
- servizi, sistemi e politiche.

I fattori contestuali rappresentano l'intero background della vita e della condizione dell'esistenza di un individuo ed interagiscono con le funzioni e le strutture corporee ma anche con le attività e la partecipazione. Fanno riferimento all’ambiente fisico, sociale e comportamentale in cui gli individui vivono e possono avere una curvatura “individuale” (relativa all'ambiente personale dell'individuo, che include le caratteristiche fisiche e materiali dell'ambiente stesso, così come i contatti diretti che l'individuo ha nel corso della sua esistenza) o “sociale” (che racchiude le strutture sociali informali e formali che possono avere un impatto sull'individuo)

I fattori contestuali includono i fattori ambientali e i fattori personali che possono avere un impatto sull'individuo con una condizione di salute.

- **Fattori ambientali** rimandano all’ambiente fisico e sue caratteristiche, il mondo fisico creato dall'uomo, le altre persone, atteggiamenti e valori, sistemi sociali, servizi, politiche, regole e leggi.
- **Fattori personali** costituiscono invece il background personale della vita e dell'esistenza dell'individuo e caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della condizione di salute. Alcuni esempi possono essere il genere, l'età, la razza, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, la capacità di adattamento, il background sociale, l'educazione, la professione, le esperienze passate e attuali, lo stile del carattere. **Attualmente non sono codificati** come i fattori ambientali.



Una analisi di questo tipo permette di mettere in luce sia le “determinanti” individuali (caratteristiche dell’ambiente di vita della persona), sia quelle sociali.

1.6 Domini

I domini sono insiemi di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti o aree della vita correlate tra loro e costituiscono i diversi capitoli e i blocchi all’interno di ciascuna **componente**. Ad esempio:

Domini della componente Attività e partecipazione	
Apprendimento e applicazione delle conoscenze	Questo dominio riguarda l'apprendimento, l'applicazione delle conoscenze acquisite, il pensare, il risolvere e il prendere decisioni.
Compiti e richieste generali	Questo dominio riguarda gli aspetti generali dell'eseguire compiti singoli o articolati, organizzare la routine e affrontare lo stress. Questi item, possono essere usati in congiunzione con compiti o azioni più specifici per identificare le caratteristiche sottostanti all'esecuzione in circostanze diverse.
Comunicazione	Questo dominio riguarda le caratteristiche generali e le specifiche della comunicazione attraverso il linguaggio, i segni e i simboli, inclusi la ricezione e la produzione di messaggi, portare avanti una conversazione e usare strumenti e tecniche di comunicazione. (esclude leggere (d166), scrivere (d170) che si ritrovano nel precedente dominio)
Mobilità	Questo dominio riguarda il muoversi cambiando posizione del corpo o collocazione o spostandosi da un posto all'altro, portando, muovendo o manipolando oggetti, camminando, correndo o arrampicandosi e usando vari mezzi di trasporto.
Cura della propria persona	Questo dominio riguarda la cura di sé, lavarsi e asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare e bere, e prendersi cura della propria salute.
Vita domestica	Questo dominio riguarda l'adempimento di azioni e compiti domestici e quotidiani. Le aree della vita domestica includono procurarsi un posto in cui vivere, cibo, vestiario e altri beni di prima necessità, le pulizie della casa e sistemare e aver cura degli oggetti personali e di altri oggetti casalinghi, e assistere gli altri.
Interazioni e relazioni interpersonali	Questo dominio riguarda l'esecuzione delle azioni e dei compiti richiesti per le interazioni semplici e complesse con le persone (estranei, amici, parenti, membri della propria famiglia, partner e persone amate) in un modo contestuale e socialmente adeguato.
Aree di vita principali	Questo dominio riguarda lo svolgimento dei compiti e delle azioni necessari per impegnarsi nell'educazione,



	nel lavoro e nell'impiego e per condurre transizioni economiche.
Vita sociale e di comunità	Questo dominio riguarda le azioni e i compiti richiesti per impegnarsi nella vita sociale fuori dalla famiglia, nella comunità, in aree della vita comunitaria, sociale e civile.

Per il dettaglio degli altri domini, si rimanda al Portale delle classificazioni.

1.7 I codici e il linguaggio standardizzato dell'ICF

I **codici** sono degli **indicatori** che permettono di realizzare la **classificazione**. Rimandando al capitolo successivo gli approfondimenti sul linguaggio utilizzato dalla codifica dell'ICF, qui ne esemplifichiamo il metodo facendo riferimento ad una delle numerosissime componenti della salute, **costruendo uno specifico aspetto di Attività e partecipazione**.

La componente **Attività e partecipazione** è codificata con la lettera **d**. Questa si declina in 9 domini. In particolare, il terzo di essi riguarda la **Comunicazione**.

Il frammento di codice **d3**, allora, *rappresenta il dominio "Comunicazione" nella componente "Attività e partecipazione"*.

A sua volta, il dominio Comunicazione si frammenta in blocchi che descrivono ogni singolo aspetto dell'attività comunicativa di una persona. Ad esempio, il **blocco da 30 a 49 riguarda la comunicazione e la produzione**. Fissiamo quindi l'attenzione sul gruppo di codici **da d330 a d349**.

Ad esempio, l'elemento **32 riguarda il Cantare**.

Quindi il codice **d332** nel linguaggio ICF indica *l'attività del cantare, all'interno del dominio Produzione della comunicazione che fa capo alla componente Attività e partecipazione*.

- ▼ D ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE
 - ▶ d1 APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE
 - ▶ d2 COMPITI E RICHIESTE GENERALI
 - ▶ d3 COMUNICAZIONE
 - ▶ d4 MOBILITA'
 - ▶ d5 CURA DELLA PROPRIA PERSONA
 - ▶ d6 VITA DOMESTICA
 - ▶ d7 INTERAZIONI E RELAZIONI INTERPERSONALI
 - ▶ d8 AREE DI VITA PRINCIPALI
 - ▶ d9 VITA SOCIALE, CIVILE E DI COMUNITA'

- ▼ d3 COMUNICAZIONE
 - ▶ d310-d329 COMUNICARE - RICEVERE
 - ▶ d330-d349 COMUNICARE - PRODURRE
 - ▶ d350-d369 CONVERSAZIONE E USO DI STRUMENTI E TECNICHE DI COMUNICAZIONE
 - d398 Comunicazione, altro specificato
 - d399 Comunicazione, non specificato

- ▼ d330-d349 COMUNICARE - PRODURRE
 - d330 Parlare
 - d331 Vocalizzazione prelinguistica
 - d332 Cantare
 - ▶ d335 Produrre messaggi non verbali
 - d340 Produrre messaggi nel linguaggio dei segni
 - d345 Scrivere messaggi
 - d349 Comunicare - produrre, altro specificato e non specificato



Alcuni blocchi possono ulteriormente frammentarsi in categorie più fini. Ad esempio il blocco d335 (produrre messaggi non verbali) si frammenta in ulteriori 5 voci.

Ad esempio, il codice d3351 riguarda la produzione di segni e simboli, all'interno del blocco produrre messaggi non verbali, che fa parte della produzione della comunicazione all'interno della componente attività e partecipazione...

- ▼ d335 Produrre messaggi non verbali
 - d3350 Produrre gesti con il corpo
 - d3351 Produrre segni e simboli
 - d3352 Produrre disegni e fotografie
 - d3358 Produrre messaggi non verbali, altro specificato
 - d3359 Produrre messaggi non verbali, non specificato

Conveniamo certamente tutti nell'affermare che la "spiegazione" di un codice è molto meno immediata rispetto alla semplice "lettura" del codice stesso. L'obiettivo dell'ICF è proprio questo: rendere immediatamente comprensibile ed interpretabile un aspetto molto specifico e complesso del funzionamento di una persona intesa come portatrice di salute. Non solo. Il codice è un elemento facilmente trasferibile da un contesto ad un altro (anche da una nazione ad un'altra) perché si esprime con un linguaggio neutro e standardizzato.



2. La valutazione nel sistema ICF

2.1 Qualificare un codice

Nei paragrafi precedenti abbiamo visto come ogni singolo aspetto del funzionamento di una persona può essere codificato in modo univoco nell'ambito della classificazione ICF. La codifica in sé, tuttavia, non assume alcuno specifico significato se priva di una **valutazione** che esprima il grado di difficoltà che *quella persona* manifesta in uno *specifico ambito* del suo **stato di salute** e all'interno di una *particolare interazione* con l'ambiente in cui vive.

Tale valutazione, a sua volta, non è fine a se stessa, ma serve come base per la progettazione di interventi di tipo sanitario, sociale o educativo che, a partire dalla ricognizione di vincoli e risorse dell'ambiente di vita di una persona, traccino un percorso finalizzato a:

- ridurre l'impatto delle difficoltà di una persona sui suoi livelli di partecipazione sociale;
- enfatizzare i punti di forza del suo stato di salute per trasformare in modo efficace le sue *capacità* in *performance* attive e funzionali nel suo *ambiente di vita*;
- individuare in che modo le barriere ambientali, sociali e psicologiche influenzino i punti di debolezza dello stato di salute (rendendola, di fatto, una persona *disabile in quello specifico ambiente*);
- ricercare strumenti e tecniche che possono facilitare il suo percorso (sanitario, sociale, educativo ...)

La scelta dei termini **capacità, performance, barriera e facilitatore** non è casuale: l'ICF li considera propriamente dei **qualificatori** che consentono di attribuire un valore, su scala numerica, che esprime il grado di difficoltà o impedimento di ogni possibile aspetto dello stato di salute di una persona (che, ricordiamo, si esprime con un codice univoco).

Più precisamente, **qualificare** l'informazione significa **misurare** l'entità della difficoltà che una persona manifesta in un determinato aspetto del suo funzionamento. **I codici ICF richiedono l'uso di uno o più qualificatori che denotano l'entità del livello di salute**; ogni codice è qualificato secondo una struttura numerica che definisce la gravità della difficoltà.

Supponendo che xxxx rappresenti il codice che identifica un aspetto della salute nella classificazione ICF (ad esempio, **d332 – Cantare**), alla fine del codice si scrive un **punto** e poi il qualificatore **pertinente alla componente** che si sta esaminando (d – Attività e partecipazione, in questo caso).

Quasi tutti i qualificatori si estendono sulla seguente **scala di gravità quinarìa (0-4)**:

xxxx.0 : nessun problema (assente, trascurabile)

xxxx.1 : problema lieve (leggero, basso)

xxxx.2 : problema medio (moderato, discreto)



xxxx.3 : problema grave (elevato, estremo)

xxxx.4 : problema completo (totale)

xxxx.8 : non specificato

xxxx.9 : non applicabile

Come anticipato, ogni componente ha uno o più qualificatori per esprimere il grado di difficoltà di un aspetto del funzionamento di una persona, che devono essere costruiti secondo una sintassi specifica, come illustrato nel seguente quadro di insieme.

PRIMA PARTE: FUNZIONAMENTO			
Componente ICF	Qualificatori		
	Numero	Posizione e sintassi	Significato
b - Funzioni corporee	1	bxxx.Q	Grado della menomazione
s - Strutture corporee	3	sxxx.Q __	Grado della menomazione
		sxxx. _ Q _	Natura della menomazione
		sxxx. __ Q	Localizzazione della menomazione
d - Attività e partecipazione	2	dxxx.Q _	Grado di performance
		dxxx. _ Q	Grado di capacità
SECONDA PARTE: FATTORI CONTESTUALI			
Componente ICF	Qualificatori		
	Numero	Posizione	Significato
e - Fattori ambientali	2	exxx . Q	Barriera
		exxx + Q	Facilitatore

2.2 I qualificatori di ciascuna componente

2.2.1 Funzioni corporee

b – FUNZIONI CORPOREE		
	Sintassi specifica	Significato
1 qualificatore	bxxx.0	nessun problema (assente, trascurabile)
	bxxx.1	problema lieve (leggero, basso)
	bxxx.2	problema medio (moderato, discreto)
	bxxx.3	problema grave (elevato, estremo)
	bxxx.4	problema completo (totale)
	bxxx.8	non specificato
	bxxx.9	non applicabile



Esempio:

Andrea, 13 anni, si muove solo in ambienti già noti sotto la supervisione di un adulto. Non si orienta nel tempo e non conosce il nome dei giorni della settimana, la data, il susseguirsi di mesi e stagioni.

Il codice relativo alle funzioni dell'orientamento è **b114** (Funzioni mentali generali relative all'accettarsi e a conoscere la propria relazione con l'oggetto, con se stessi, con gli altri, con il tempo, con il proprio ambiente e con lo spazio).

Considerata la specifica condizione di Andrea, si può ritenere grave il grado di compromissione delle funzioni di orientamento spazio-temporale. Pertanto, il codice completo di qualificatore sarà **b114.3**

2.2.2 Strutture corporee

S – STRUTTURE CORPOREE			
3 qualificatori	Estensione del problema	Sintassi specifica	Significato
		sxxx.0 __	nessun problema
		sxxx.1 __	problema lieve
		sxxx.2 __	problema medio
		sxxx.3 __	problema grave
		sxxx.4 __	problema completo
		sxxx.8 __	non specificato
	sxxx.9 __	non applicabile	
	Natura del cambiamento	Sintassi specifica	Significato
		sxxx. _ 0 _	nessun cambiamento nella struttura
		sxxx. _ 1 _	assenza totale
		sxxx. _ 2 _	assenza parziale
		sxxx. _ 3 _	parte in eccesso
		sxxx. _ 4 _	dimensioni anormali
		sxxx. _ 5 _	discontinuità
		sxxx. _ 6 _	posizione deviante
		sxxx. _ 7 _	cambiamenti qualitativi nella struttura
		sxxx. _ 8 _	non specificato
	sxxx. _ 9 _	non applicabile	
	Collocazione del problema	Sintassi specifica	Significato
		sxxx. __ 0	più di una regione
		sxxx. __ 1	destra
		sxxx. __ 2	sinistra
		sxxx. __ 3	entrambi i lati
		sxxx. __ 4	frontale
		sxxx. __ 5	dorsale
		sxxx. __ 6	prossimale
sxxx. __ 7		distale	
sxxx. __ 8		non specificato	
sxxx. __ 9	non applicabile		



Esempio:

Giulia (12 anni) ha una malformazione congenita all'occhio sinistro che non le permette di vedere alcunché se non con fonti di luce intense. Questo è dovuto ad una malformazione che ha colpito le fibre mieliniche dell'occhio sinistro. A questo si aggiunge un leggero strabismo e una dimensione dell'occhio sinistro minore rispetto a quelle dell'occhio destro. La vista con l'occhio destro risulta nei parametri normali.

Il codice ICF che descrive la Struttura del bulbo oculare è **s220**

Considerata la menomazione limitata all'occhio **sinistro**, disfunzionale e di **dimensioni anomale**, Giulia può vedere senza difficoltà solo in ambienti molto illuminati. Sebbene nel complesso la sua capacità visiva non risulti seriamente compromessa, il problema all'occhio sinistro, considerato di per sé, appare **grave**. Si consideri che in questa componente si deve valutare il grado di menomazione di un organo o di una funzione, e non ancora il suo impatto sui livelli di attività e partecipazione, né sul suo funzionamento globale. E' quindi possibile valutare come **grave** il problema oggettivo all'occhio sinistro e rimandare la valutazione dell'impatto che questo può avere sull'interazione di Giulia con l'ambiente circostante quando si esamineranno altre componenti del suo funzionamento.

Pertanto, il codice completo di valutazione potrebbe essere **s220.342**

(qualificatori 342 "tre quattro due" = problema grave, dimensioni anormali, sinistra)

2.2.3 Attività e partecipazione

I qualificatori relativi alla componente Attività e partecipazione sono 2: capacità e performance. Considerata la complessità dei concetti da essi sottesi, occorre una riflessione sul loro significato, anche in riferimento ad una oggettiva valutazione del grado di funzionamento.

La **capacità** è ciò che una persona **può fare** ed è una caratteristica intrinseca di *quella persona*. Essa quindi è indipendente dall'ambiente e descrive il funzionamento della persona in un ambiente neutro rispetto all'attività, che quindi non facilita e non ostacola. Indica il **più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un momento determinato in un dominio**, nella componente di Attività e Partecipazione. La capacità viene misurata in un ambiente standard e uniforme e valuta il grado di difficoltà che una persona avrebbe in una **situazione standard**, ovvero in assenza di *facilitatori o barriere*.

La **performance** è invece ciò che una persona **effettivamente fa**. Essa appare quindi come risultato dell'interazione dei fattori ambientali sul funzionamento, ed è quindi strettamente dipendente dall'ambiente. La performance descrive quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale e reale, e quindi introduce l'aspetto del coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita. Tramite essa, è possibile valutare il grado di difficoltà incontrato dalla persona nello svolgere attività e azioni di partecipazione alla vita sociale nei suoi contesti di vita abituali **con i sostegni in atto**.



d – ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE			
2 qualificatori	Performance	Sintassi specifica	Significato
		dxxx.0 _	nessuna difficoltà
		dxxx.1 _	difficoltà lieve
		dxxx.2 _	difficoltà media
		dxxx.3 _	difficoltà grave
		dxxx.4 _	difficoltà completa
		dxxx.8 _	non specificato
	dxxx.9 _	non applicabile	
	Capacità	Sintassi specifica	Significato
		dxxx. _ 0	nessuna difficoltà
		dxxx. _ 1	difficoltà lieve
		dxxx. _ 2	difficoltà media
		dxxx. _ 3	difficoltà grave
		dxxx. _ 4	difficoltà completa
dxxx. _ 8		non specificato	
dxxx. _ 9	non applicabile		

La discrepanza tra performance e capacità misura il sostegno in atto e si evidenziano barriere e facilitatori che incidono sui suoi funzionamenti.

Torniamo all'esempio di Giulia, studentessa con malformazione all'occhio sinistro che le consente una vista ottimale solo in presenza di luce intensa. Supponiamo di voler valutare la sua attività di **spostamento** in un nell'ambiente scolastico (classe, corridoi, ambienti comuni...).

E' importante osservare che, in questo caso, **non è possibile effettuare alcuna valutazione se non si descrive prima il tipo di ambiente in cui la sua capacità di spostamento viene posta in essere** (diventando performance). Pertanto, supponiamo (a titolo di esempio) che la classe in cui è inserita Giulia sia esposta a nord, con poca illuminazione durante la mattinata e che le lampade a neon di cui la classe è munita siano inefficienti.

E' indubbio che la capacità di spostamento di Giulia non dipenda (fisiologicamente) dalla menomazione al suo occhio sinistro: Giulia è perfettamente in grado di camminare; è tuttavia vero che la possibilità di spostamento della ragazza è **dipendente dall'ambiente** in cui tale capacità viene posta in essere. Nello specifico, in *quella classe*, Giulia si sposterà con *impaccio*.

d450 rappresenta, nel dominio d4 - mobilità, l'attività di Camminare (Muoversi lungo una superficie a piedi, passo dopo passo, in modo che almeno un piede sia sempre appoggiato al suolo, come nel passeggiare, gironzolare, camminare avanti, a ritroso o lateralmente).

Una possibile valutazione dell'attività di camminare (in *quell'ambiente*) potrebbe essere quindi **d450.20**

(qualificatori 20 = grado di performance con difficoltà media, grado di capacità senza alcuna difficoltà)

Siamo sulla buona strada per iniziare ad associare concretamente il termine **disabilità** ad uno specifico contesto: l'esposizione dell'aula e la scarsa illuminazione sono **barriere** rispetto alla **mobilità** di Giulia, così



come potrebbe esserlo rispetto al **mantenimento dell'attenzione** (se la lezione avviene con l'impiego di supporti iconici ...).

Esaminiamo ancora un possibile esempio su Giulia, e consideriamo l'attività del Guardare (d110) definita dall'ICF come *utilizzare il senso della vista intenzionalmente per sperimentare stimoli visivi, come seguire visivamente un oggetto, guardare delle persone, osservare un evento sportivo, una persona o dei bambini che giocano*.

Tale attività è certamente alla base dell'interazione didattica, poiché gran parte degli stimoli cognitivi vengono veicolati dalla vista (leggere un testo, guardare lavagna e LIM, leggere il linguaggio gestuale e le espressioni ...). In questo caso, la menomazione all'occhio sinistro appare fortemente limitante rispetto alle sue capacità e, a maggior ragione, questo rende ancora più difficoltosa la sua performance in *quella classe*.

Pertanto, la valutazione dell'attività del guardare potrebbe essere d110.32

(qualificatori 32 = performance con difficoltà grave, capacità con difficoltà media).

2.2.4 Fattori ambientali

e – FATTORI AMBIENTALI			
2 qualificatori	Barriera	Sintassi specifica	Significato
		exxx.0 _	nessuna barriera
		exxx.1 _	barriera lieve
		exxx.2 _	barriera media
		exxx.3 _	barriera grave
		exxx.4 _	barriera completa
		exxx.8 _	barriera non specificata
	exxx.9 _	non applicabile	
	Facilitatore	Sintassi specifica	Significato
		exxx + 0	nessuna facilitatore
		exxx + 1	facilitatore lieve
		exxx + 2	facilitatore medio
		exxx + 3	facilitatore sostanziale
		exxx + 4	facilitatore completo
exxx + 8		facilitatore non specificato	
exxx + 9	non applicabile		

Anche in questo caso, i termini barriera e facilitatore, più volte ripetuti all'interno di questo percorso, necessitano di una definizione rigorosa:

Le barriere sono ostacoli all'attività e la partecipazione della persona. Nell'ambito dei fattori ambientali, sono dei elementi che, con la loro presenza o assenza, limitano il funzionamento e creano disabilità.

I facilitatori sono elementi, costrutti, strumenti che favoriscono o sostengono l'attività e la partecipazione. Nell'ambito dei fattori ambientali di una persona, sono dei elementi che, mediante la loro presenza o assenza, migliorano il funzionamento e riducono la disabilità. I facilitatori possono evitare che



una menomazione o una limitazione delle attività divengano una restrizione della partecipazione, dato che migliorano la performance di un'azione, nonostante il problema di capacità della persona

Continuiamo a seguire l'esempio di Giulia, in riferimento alla difficoltà di poter seguire adeguatamente una lezione in quello specifico ambiente poco illuminato (Ricordiamo che avevamo valutato Guardare d110.32)

Dobbiamo domandarci:

- quali sono i fattori oggettivi che **limitano le performance** di Giulia?
- quali elementi potrebbero **migliorare la sua performance** nonostante la menomazione all'occhio sinistro che è di **pregiudizio per la sua capacità di guardare**?

La risposta alla prima domanda è certamente la Luce, codificata con e240 nella componente Fattori ambientali. La scarsa illuminazione dell'ambiente di lavoro di Giulia è una barriera grave rispetto alla performance di guardare (ma anche per lo spostamento). Nella fase di progettazione di un intervento educativo di Giulia, la stringa:

d110.32	e240.3
d450.20	

Significherebbe che Giulia non ha un problema fisiologico che le impedisce di camminare ma che in quell'ambiente si sposta con difficoltà; d'altra parte, sempre in quell'ambiente, la già ridotta capacità visiva viene ulteriormente inficiata dalla scarsa illuminazione. Entrambi i livelli di performance ridotti rispetto alle effettive capacità di Giulia, sono da imputare alla scarsa intensità della luce, scarsa qualità della luce e bassi contrasti di colore che appaiono come **barriera grave** (e240.3)

Se supponiamo che un nuovo paio di occhiali possa ridurre il grado di menomazione all'occhio sinistro (e magari la famiglia di Giulia non può ancora acquistarlo), potremmo indicare questo strumento come un possibile facilitatore per le sue performance

d110.32	e115 + 1
d450.20	

dove il codice e115 è relativo ai prodotti e tecnologia per l'uso personale nella vita quotidiana. Il facilitatore è segnalato come lieve (+1) perché le difficoltà di Giulia sono essenzialmente legate al grado di illuminazione.

Supponiamo ora che l'impaccio motorio di Giulia (e magari anche il suo strabismo e l'evidente asimmetria nelle dimensioni degli occhi) siano oggetto di scherno da parte dei compagni di classe...

In tal caso, in fase di progettazione di un intervento su Giulia si potrebbe ritenere che:

- e330+3 Persone in posizione di autorità (insegnante) sono un facilitatore sostanziale;
- e585+2 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione sono un facilitatore medio;
- e425.2 Atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri delle società sono invece una barriera media