

ICF: QUANDO LA CLASSIFICAZIONE DIVENTA UNO STRUMENTO DI GUIDA ALLA DIDATTICA

Tratto da: Cottini L. (2004). *Didattica speciale e integrazione scolastica*.
Carocci, Roma.

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicò un primo documento dal titolo *International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps (ICIDH)*. In tale pubblicazione veniva fatta l'importante distinzione fra "menomazione" (*impairment*) --- definita come "perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica" --- e gli altri due termini. Questi venivano rispettivamente definiti: "disabilità" (*disability*) come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano" e "handicap" come la "condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali".

Il percorso verso
l'ICF

In questa concezione, la distinzione fra menomazione, disabilità e handicap veniva interpretata in termini di relazione tra cause ed effetti: la menomazione determina la disabilità e la disabilità causa l'handicap. Volendo fare un esempio, un non vedente è una persona che soffre di una menomazione oculare che gli procura disabilità nella locomozione e comporta handicap, ad esempio, nella mobilità e nell'occupazione, per citare solo i principali. Quindi un unico tipo di menomazione può dar luogo a più tipi di disabilità e implicare diversi handicap. Analogamente un certo tipo di handicap può essere collegato a diverse disabilità che a loro volta possono derivare da più tipi di menomazione. Mentre per un individuo la menomazione ha carattere permanente, la disabilità dipende dalla attività che egli deve esercitare e l'handicap esprime lo svantaggio che ha nei riguardi di altri individui (i cosiddetti normodotati). Un paraplegico avrà certamente un handicap quando si tratti di giocare al calcio, ma non ne avrà praticamente nessuno nel far uso di un personal computer.

La revisione apportata all'ICIDH, denominata ICIDH-2, ha tentato di correggere l'impostazione lineare fra i concetti di menomazione, disabilità e handicap, proponendo una dinamica più complessa ed introducendo il concetto

importante di “*partecipazione attiva*”. In questo modo si è cominciato a fissare l’attenzione su aspetti psicosociali per la definizione della diagnosi.

Si deve comunque attendere il 1999 perché il tentativo di revisione operato con l’*ICIDH-2* possa trovare il suo compimento nella proposta di un nuovo strumento, l’*ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health)*, attraverso il quale descrivere e misurare la salute e le disabilità della popolazione. Già il titolo è indicativo del cambiamento sostanziale nel modo di porsi di fronte al problema. Non ci si riferisce più a un disturbo, strutturale o funzionale che sia, senza prima rapportarlo a uno stato considerato di “salute”. I termini di *menomazione* e *handicap* sono sostituiti da “*attività*” e “*partecipazione sociale*”. Si tratta di una modifica sostanziale e non solo di tipo nominalistico, in quanto il fulcro non è più centrato sul concetto di menomazione: si costruisce, di fatto, uno schema che vede al centro l’attività, che può essere più o meno sviluppata sia in relazione alle condizioni proprie dell’individuo, che alle relazioni con il mondo esterno. Si afferma, così, un modello di tipo biopsicosociale, nel quale la qualità della vita della persona risulta dall’interazione di sistemi complessi che agiscono in maniera integrata e non separabile.

L’ICF come strumento per definire gli stati di salute e disabilità

Per comprendere ed apprezzare compiutamente le novità apportate dall’*ICF* nel sistema di classificazione delle condizioni connesse alla salute e alla disabilità delle persone, descrivo preliminarmente, in maniera sintetica, i sistemi di classificazione previsti nell’*ICF-10* e nel *DSM IV*. In questo modo sarà possibile evidenziare l’orientamento differente che viene introdotto, pur nella continuità ed integrazione con i sistemi precedenti. Un aspetto importante che va sottolineato, infatti, riguarda il fatto che l’*ICF* non è un sistema sostitutivo dei precedenti, i quali forniscono un modello di riferimento eziologico (soprattutto l’*ICD-10* che appartiene alla stessa famiglia). Le classificazioni (*ICD-10* e *ICF*) devono essere utilizzate insieme, in quanto risultano complementari: l’*ICF* verifica la funzionalità di una struttura corporea, la cui menomazione può essere determinata da cause patologiche diverse. L’*ICD-10* favorisce una diagnosi delle malattie e dei disturbi e questa conoscenza si arricchisce poi delle informazioni aggiuntive fornite dall’*ICF* relativamente al modo di operare del soggetto nell’ambiente. Di conseguenza, l’associazione di informazioni sulla diagnosi e sul funzionamento fornisce un quadro più ampio e significativo sulle condizioni di salute delle persone.

ICF, ICD-10 e DSM IV

1. ICD-10

L’*ICD-10* rappresenta la decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali, pubblicata dall’OMS nel 1984 (*Organizzazione Mondiale della Sanità*, 1992). Questa revisione dell’*ICD*, comprende la codifica di 300 sindromi e disturbi descritte in diverse sezioni. Per ciascun disturbo, l’*ICD-10* riporta una delimitazione delle principali caratteristiche cliniche, nonché alcuni aspetti associati, rilevanti ma non specifici. Il testo fornisce anche indicazioni diagnostiche per formulare, al meglio,

Organizzazione dell’ICD-10

una diagnosi attendibile. A tale scopo, nell'*ICD-10* viene adottata una scheda alfanumerica su codici a tre elementi: lettera seguita da numeri (ad esempio: F23). In particolare, le sezioni F70-F79, F80-F89, F90-F98 sono quelle che più frequentemente vengono richiamate ed utilizzate per la "*diagnosi funzionale*", prevista dal D.P.R. 24.02.94.

1.1. Esempi di codifica ICD- 10

Nella pratica e nella prassi operativa, si prevede che il soggetto venga valutato in relazione a vari assi, ognuno dei quali rappresenta raggruppamenti e classi di informazioni. Di seguito vengono elencati gli assi ed alcune indicazioni sulla codifica relativa al ritardo mentale e all'autismo che, a grandi linee, possono illustrare la tipologia di lavoro che il personale clinico deve effettuare per definire la diagnosi. In questa sede ci si limita ad indicare i codici di riferimento, mentre nel prossimo paragrafo, parlando del *DSM IV*, saranno anche descritte sinteticamente le caratteristiche delle sindromi. Per quanto concerne gli assi di riferimento si distinguono:

- *Asse I* - patologie psichiatriche e psicopatologiche (F00 - F69, F90 - F98);
- *Asse II* - patologie da alterato sviluppo psicologico (F80 - F89);
- *Asse III* - patologie intellettive (F70 - F79);
- *Asse IV* - patologie associate a problemi fisiologici e somatici (F50 - F59);
- *Asse V* - patologie associate a problemi psicosociali (codici Z);
- *Asse VI* - scala per le disabilità (codici ICD-H)

Codici da F70 - F79: Ritardo mentale

- F70* Ritardo mentale lieve;
- F71* Ritardo mentale di media gravità;
- F72* Ritardo mentale grave;
- F73* Ritardo mentale profondo;
- F78* Ritardo mentale di altro tipo;
- F79* Ritardo mentale non specificato.

I codici possono essere integrati nel modo seguente:

- F7x.0 nessuna, o minima compromissione comportamentale
- F7x.1 significativa compromissione comportamentale che chiede attenzione o trattamento
- F7x.8 altra compromissione comportamentale
- F7x.9 senza compromissione comportamentale riportata

Codici F84: Autismo infantile

- F84* Sindromi da alterazione globale dello sviluppo psicologico
- F84.0 Autismo infantile;

- F84.1 Autismo atipico;
- F84.2 Sindrome di Rett;
- F84.3 Sindrome disintegrativa dell'infanzia di altro tipo;
- F84.4 Sindrome iperattiva associata a ritardo mentale e movimenti stereotipati;
- F84.5 Sindrome di Asperger;
- F84.8 Altre;
- F84.9 Non specificate.

2. DSM IV

Il Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali (*American Psychiatric Association, 1994*) è senza dubbio, unitamente all'*ICD-10*, una delle modalità più conosciute ed utilizzate dagli operatori sanitari a livello internazionale per delineare la diagnosi nell'ambito dei deficit mentali. Va messo in risalto che, con l'ultima revisione apportata al manuale nel 1994 (*DSM-IV*), non vi sono più differenze rilevanti in confronto all'*ICD-10*.

Il *DSM-IV* utilizza una classificazione di tipo categoriale; suddivide cioè i disturbi in classi distinte utilizzando set di criteri di tipo descrittivo. Questo tipo di approccio categoriale viene definito prototipico : i soggetti sono classificati, infatti, in base al grado di somiglianza con il prototipo della categoria. Il *DSM-IV* usa anche criteri denominati *politetici*: per la diagnosi non si richiede che siano presenti tutti, ma solo un numero prefissato di essi. In realtà tale metodo pur con i suoi indubbi vantaggi, rappresenta, in un certo senso, una forzatura. Nella realtà non esistono limiti netti tra i disturbi mentali ma un continuum tra di essi e con la salute mentale. Tale limite viene riconosciuto dagli Autori del *DSM-IV* che invitano ad un utilizzo flessibile del manuale (“non come un libro di ricette”). Il clinico che utilizza il *DSM-IV* deve essere edotto del fatto che una cosa sono le categorie diagnostiche, altro sono le persone. Queste, infatti, non sono tutte uguali, nell'ambito di una stessa categoria diagnostica i quadri clinici possono essere diversi sia come numero, che come tipologia e gravità dei sintomi. L'uso del giudizio clinico rimane fondamentale, infatti è possibile formulare diagnosi anche in presenza di un numero di criteri insufficienti a condizione che tali sintomi siano sufficientemente persistenti e gravi.

Organizzazione
del DSM IV

Come specificato nel paragrafo delle avvertenze del *DSM-IV*, la semplice diagnosi clinica non implica automaticamente un inserimento in una determinata categoria. Altre informazioni devono essere prese in considerazione, come, ad esempio, quelle riguardanti l'incidenza della malattia sul funzionamento dell'individuo (sociale, lavorativo o scolastico). In questa raccomandazione vi è un anticipo del principio che troverà il massimo compimento nell'*ICF*.

La prassi operativa prevede che il soggetto venga valutato in relazione ai seguenti assi, ognuno dei quali rappresenta raggruppamenti e classi di informazioni:

Asse I - Disturbi Clinici. Altre condizioni che possono essere oggetto di

attenzione clinica;

Asse II - Disturbi di Personalità. Ritardo Mentale;

Asse III - Condizioni Mediche Generali;

Asse IV - Problemi Psicosociali ed Ambientali;

Asse V - Valutazione globale del funzionamento.

2.1. Ritardo mentale ed autismo nel DSM IV

In riferimento al DSM IV, la persona è definita come affetta da *ritardo mentale* in base ai criteri di seguito indicati.

Come viene classificato il ritardo mentale nel DSM IV

- A. Funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media: un QI di circa 70 o inferiore ottenuto con un test somministrato individualmente (in età infantile, un giudizio clinico di funzionamento intellettuale significativamente al di sotto della media).
- B. Concomitanti deficit o compromissione nel funzionamento adattivo attuale (cioè la capacità del soggetto di adeguarsi agli standard propri della sua età e del suo ambiente attuale) in almeno due delle seguenti aree: comunicazione, cura di sé, gestione della vita domestica, abilità sociali, gestione del tempo libero, controllo e salvaguardia della propria salute e sicurezza, capacità di autorganizzazione, conoscenza del funzionamento delle cose, utilizzo dei servizi offerti dalla società; capacità di svolgere un lavoro.
- C. Esordio prima dei 18 anni d'età.

Sulla base del livello di gravità, che riflette il grado di compromissione intellettuale, il ritardo mentale può essere codificato nel modo seguente:

- F70.9 *Ritardo Mentale lieve* (livello di QI da 50-55 a circa 70);
- F71.9 *Ritardo Mentale Moderato* (livello di QI da 35-40 a 50-55);
- F72.9 *Ritardo Mentale Grave* (livello di QI da 20-25 a 35-40);
- F73.9 *Ritardo Mentale Gravissimo* (livello di QI al di sotto di 20 o 25);
- F79.9 *Ritardo Mentale Gravità Non Specificata* (quando vi è forte motivo di presupporre un ritardo mentale, ma l'intelligenza del soggetto non può essere verificata con i test standardizzati).

Per quanto riguarda l'autismo, il *DSM IV* utilizza il termine *Disturbo Autistico* (codice F84.0) ed individua come criteri diagnostici la cosiddetta *triade*

Come viene classificato

di sintomi relativi alla *relazione con gli altri*, alla *comunicazione* ed al *comportamento* (anche l'ICD-10 si riferisce alle stesse categorie di sintomi). Nel dettaglio i criteri diagnostici sono quelli di seguito indicati. l'autismo nel DSM IV

A. Un totale di 6 (o più) voci da 1, 2 e 3, con almeno due sintomi da 1 ed un sintomo ciascuno da 2 e 3.

1) *Compromissione qualitativa dell'interazione sociale* (per la diagnosi di autismo devono essere presenti almeno due elementi fra quelli seguenti):

- a) marcata compromissione nell'uso di svariati comportamenti non verbali, come lo sguardo diretto, l'espressione mimica, le posture corporee e i gesti che regolano l'interazione sociale;
- b) incapacità di sviluppare relazioni con i coetanei adeguate al livello di sviluppo;
- c) mancanza di ricerca spontanea nella condivisione di gioie, interessi o obiettivi con altre persone (ad esempio: non mostrare, portare, né richiamare l'attenzione su oggetti di proprio interesse);
- d) mancanza di reciprocità sociale ed emotiva.

2) *Compromissione qualitativa della comunicazione sociale* (per la diagnosi di autismo deve essere presente almeno un elemento fra quelli seguenti):

- a) ritardo o totale mancanza dello sviluppo del linguaggio parlato (non accompagnato da un tentativo di compenso attraverso modalità alternative di comunicazione come gesti o mimica);
- b) in soggetti con linguaggio adeguato, marcata compromissione della capacità di iniziare o sostenere una conversazione con altri;
- c) uso di linguaggio stereotipato e ripetitivo o linguaggio eccentrico;
- d) mancanza di giochi di simulazione vari e spontanei o di giochi di imitazione sociale adeguati al livello di sviluppo;

3) *Modalità di comportamento, interessi e attività ristretti, ripetitivi e stereotipati* (per la diagnosi di autismo deve essere presente almeno un elemento fra quelli seguenti):

- a) dedizione assorbente ad uno o più tipi di interessi ristretti e stereotipati anomali o per intensità o per focalizzazione;
- b) sottomissione del tutto rigida ad inutili abitudini o rituali specifici;
- c) manierismi motori stereotipati e ripetitivi (battere o torcere le mani o il capo, o complessi movimenti di tutto il corpo);
- d) persistente ed eccessivo interesse per parti di oggetti.

B. Ritardi o funzionamento anomalo in almeno una delle seguenti aree, con esordio prima dei tre anni d'età: interazione sociale, linguaggio usato nella comunicazione sociale, gioco simbolico o di immaginazione.

C. L'anomalia non deve essere meglio attribuibile al Disturbo di Rett o al Disturbo Disintegrativo della Fanciullezza.

3. ICF

La *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF, Organizzazione Mondiale della Sanità, 1999)*, come già anticipato nella presentazione del capitolo, si pone in continuità con le classificazioni precedenti, rovesciando, di fatto, la prospettiva di analisi: non viene considerata la menomazione, ma la salute; le potenzialità dell'individuo e le sue eventuali disabilità in relazione all'attività e alla partecipazione. In questo modo si pongono le premesse, come vedremo, per individuare compiutamente i bisogni e superare fino al possibile i limiti all'attività e le restrizioni alla partecipazione.

3.1. Organizzazione dell'ICF

L'ICF è organizzato in due parti. La parte 1 è formata dalle seguenti componenti: Le componenti

- *Funzioni Corporee e Strutture Corporee;*
- *Attività e Partecipazione.*

La parte 2 è formata dalle seguenti componenti:

- *Fattori ambientali;*
- *Fattori personali* (attualmente non classificati nell'ICF).

Queste componenti sono indicate con dei prefissi, come indicato nella tabella seguente.

b	Funzioni corporee
s	Strutture corporee
d	Attività e partecipazione
e	Fattori ambientali

Tab. 1 – Sigle relative alle diverse componenti dell'ICF

Ogni componente è poi divisa in una serie di capitoli. Di seguito (tabella 2) riporto l'elenco dei capitoli previsti nell'ICF.

I capitoli

Funzioni corporee	1. Mentali
	2. Sensoriali e dolore
	3. Della voce e dell'eloquio
	4. Del sistema cardiovascolare, ematologico, immunologico e respiratorio

	5. Del sistema digestivo, metabolico e endocrino
	6. Genito-urinarie e riproduttive
	7. Neuromuscoloscheletriche e collegate al movimento
	8. Della cute e delle strutture associate
Strutture corporee	1. Del sistema nervoso
	2 Occhio, orecchio e strutture collegate
	3. 3 Strutture collegate alla voce e all'eloquio
	4 Dei sistemi cardiovascolare, immunologico e respiratorio
	5 Strutture collegate al sistema digestivo, metabolico e endocrino
	6 Strutture collegate al sistema genito-urinario, e riproduttivo
	7 Strutture collegate al movimento
	8 Cute e strutture collegate
Attività partecipazione	1. Apprendimento e applicazione della conoscenza
	2 Compiti e richieste di carattere generale
	3 Comunicazione
	4 Mobilità
	5 Cura della propria persona
	6 Vita domestica
	7 Interazioni e relazioni interpersonali
	8 Principali aree della vita
	9 Vita di comunità, sociale e civica
Fattori ambientali	1. Prodotti e tecnologia
	2 Ambiente naturale e cambiamenti apportati dall'uomo all'ambiente
	3 Supporto e relazioni
	4 Atteggiamenti
	5 Servizi, sistemi e politiche

Tab. 2 - Elenco dei capitoli per ogni componente dell'ICF

Le funzioni corporee sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche. Le *strutture corporee* sono parti anatomiche del corpo come organi, arti e loro componenti. *Attività* è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. *Partecipazione* è il coinvolgimento di un individuo in una situazione di vita. I *fattori ambientali* sono caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti, che possono avere impatto sulle prestazioni di un individuo in un determinato contesto. La classificazione sopra riportata si ferma ai primi due livelli, ma nel documento dell'OMS si arriva a livelli superiori di dettaglio, estendendo le classificazioni di cui sopra in ulteriori sottoclassificazioni.

All'interno di ciascun capitolo, infatti, ci sono *categorie* a due, tre o quattro livelli, ognuna con una breve descrizione ed un elenco di elementi inclusi ed

Le categorie

esclusi. Tutto ciò per facilitare la scelta del codice idoneo al soggetto. Di seguito riporto due esempi (tabelle 3 e 4) di categorie relative alle “*funzioni della memoria*” (all’interno del capitolo sulle “*Funzioni mentali*”, componente “*Funzioni corporee*”) e al “*Comunicare-ricevere*” (all’interno del capitolo sulla “*Comunicazione*”, componente “*Attività e partecipazione*”).

B144 Funzioni della memoria	
<p>Funzioni mentali specifiche del registrare, immagazzinare e ricevere informazioni quando necessario</p> <p><i>Inclusioni:</i> funzioni della memoria a breve e a lungo termine, della memoria immediata, recente e remota; sopan di memoria; recupero della memoria; il ricordare; funzioni utilizzate nel ricordare e nell’imparare, come nell’amnesia nominale, selettiva e dissociativa.</p> <p><i>Esclusioni:</i> funzioni della coscienza (b110); funzioni dell’orientamento (b114); funzioni intellettive (b117); funzioni dell’attenzione (b140); funzioni percettive (b156); funzioni del pensiero (b160); funzioni cognitive di livello superiore (b164); funzioni mentali del linguaggio (b167); funzioni di calcolo (b172).</p>	
B1440	<p><i>Memoria a breve termine</i></p> <p>Funzioni mentali che producono una riserva di memoria temporanea e alterabile, della durata di circa 30 secondi, dalla quale le informazioni vengono perse se non sono consolidate nella memoria a lungo termine.</p>
B1441	<p><i>Memoria a lungo termine</i></p> <p>Funzioni mentali che producono un sistema di memoria che consente di immagazzinare a lungo termine le informazioni dalla memoria a breve termine e producono i sistemi della memoria autobiografica per eventi del passato e della memoria semantica per il linguaggio e i fatti.</p>
B1442	<p><i>Recupero dalla memoria</i></p> <p>Funzioni mentali specifiche del richiamare alla mente informazioni immagazzinate nella memoria a lungo termine e portarle alla coscienza.</p>
B1448	<p><i>Funzioni della memoria, altro specificato</i></p>
B1448	<p><i>Funzioni della memoria, non specificato</i></p>

Tab. 3 - Categorie relative alle “*funzioni della memoria*”

<i>Comunicare-ricevere (d310-d329)</i>	
d310	Comunicare con – ricevere – messaggi verbali Comprendere i significati letterali e impliciti dei messaggi nel linguaggio parlato, come comprendere che un'affermazione sostiene un fatto o è un'espressione idiomatica.
d315	Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali Comprendere i significati letterali e impliciti dei messaggi comunicati tramite gesti, simboli o disegni, come capire che un bambino è stanco quando si stropiccia gli occhi o che il suono di una sirena significa che è in atto un incendio. Inclusioni: comunicare con – ricevere – gesti del corpo, segni e simboli comuni, disegni e fotografie.
d3150	Comunicare con – ricevere – gesti del corpo Comprendere il significato trasmesso da espressioni facciali, movimenti o segni delle mani, posture del corpo o altre forme di linguaggio del corpo.
d3151	Comunicare con – ricevere – simboli e segni comuni Comprendere il significato rappresentato da segni e simboli di uso pubblico, come segnali stradali, simboli di pericolo, notazioni e simboli musicali o scientifici e icone.
d3152	Comunicare con – ricevere – disegni e fotografie Comprendere il significato trasmesso da disegni (ad esempio: disegni lineari, progetti grafici, dipinti, rappresentazioni tridimensionali), grafici, tabelle e fotografie, come comprendere che una linea crescente in un grafico per la misurazione dell'altezza indica che un bambino sta crescendo..
d3158	Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali, altro specificato.
d3159	Comunicare con – ricevere – messaggi non verbali, non specificato.

Tab. 4 - Categorie relative al “comunicare-ricevere”

Le lettere “*b*”, “*s*”, “*d*”, “*e*”, indicanti le diverse componenti dell'ICF, sono seguite da un codice numerico che comincia con il numero del capitolo (una cifra), seguito dal secondo livello (due cifre) e dal terzo e dal quarto (una cifra ciascuno). Così, ad esempio, la classificazione *b11420* viene inserita nella seguente gerarchia di livelli:

b	Strutture corporee
b1	Funzioni mentali

b11	Funzioni mentali globali
b114	Funzioni dell'orientamento
b1142	Orientamento alla persona
b11420	Orientamento a se stessi

e ad essa è associata la definizione funzioni mentali che producono la consapevolezza della propria identità. Il documento *ICF* copre tutti gli aspetti della salute umana, raggruppandoli nel dominio della salute (*health domain*, che comprende il vedere, udire, camminare, imparare e ricordare) e in quello 'collegato' alla salute (*health-related domains* che includono mobilità, istruzione, partecipazione alla vita sociale e simili).

3.2. Qualificatori

Si consideri che l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità, ma è applicabile ad ogni persona che si trovi in qualsiasi condizione di salute, dove vi sia la necessità di valutarne lo stato di "salute" a livello corporeo, personale o sociale.

I codici ICF, per tale motivo, richiedono l'uso di uno più *qualificatori*, i quali denotano l'entità del livello di salute o la gravità del problema in questione. I qualificatori vengono codificati con uno, due o più numeri dopo un punto. E' molto importante specificare il qualificatore, in quanto senza di essi i codici non hanno un valore intrinseco (nella classificazione *ICF* si interpretano i codici senza qualificatore come assenza di problemi). Tutte le componenti sono qualificate usando la stessa scala. Avere un problema può significare una menomazione, una limitazione, una restrizione o una barriera a seconda della componente.

Di seguito (tabella 5) vengono riportati i qualificatori, con l'indicazione anche delle percentuali da tenere in considerazione in quei casi in cui siano disponibili strumenti di valutazione standardizzati (xxx sta per il numero dei capitoli e delle categorie)

Funzione dei qualificatori

<i>Qualificatori</i>	<i>Significato</i>	<i>Percentuale interessata</i>
xxx.0	Nessun problema (assente, trascurabile ...)	0-4%
xxx.1	Problema lieve (leggero, piccolo ...)	5-24%
xxx.2	Problema medio (moderato, discreto ...)	25-49%
xxx.3	Problema grave (notevole, estremo ...)	50-95%
xxx.4	Problema completo (totale ...)	96-100%
xxx.8	Non specificato	
xxx.9	Non applicabile	

Tab. 5 – Significato da attribuire ai diversi "qualificatori"

Come già detto, analoghi qualificatori esistono per le attività, per le quali si focalizzano le "restrizioni" e per la partecipazione, per la quale si possono avere "limitazioni". Infine sui fattori ambientali si hanno eventualmente delle "barriere".

4. ICF E DIDATTICA SPECIALE

Dalla trattazione sviluppata, pur nella sua sinteticità, si possono evincere una serie di aspetti innovativi introdotti dall'ICF nelle modalità di classificazione degli stati di salute e disabilità delle persone. La modifica del quadro di riferimento, se correttamente interpretata, rappresenta un riferimento importante anche la pedagogia e la didattica speciale. Di seguito cerco di riassumere i principali ambiti di novità e le auspicabili ricadute che questi possono determinare in prospettiva educativa.

Ritengo che sia possibile individuare tre punti principali:

- il cambio di prospettiva, con il passaggio da una visione prettamente eziologica ad una improntata sul concetto positivo di attività e partecipazione;
- la grande attenzione che viene riservata ai fattori contestuali e ambientali, oltre a quelli specificamente connessi ai deficit biologici;
- il ruolo paritetico che viene riconosciuto agli interventi clinici, riabilitativi, educativi e sociali, i quali dovranno necessariamente integrarsi ed uscire dalle arbitrarie demarcazioni che ancora li stanno abbondantemente caratterizzando.

Per quanto riguarda il primo punto, l'ICF non richiede di indicare le cause di una menomazione o disabilità, ma solo di specificarne gli effetti, a partire da una valutazione "positiva" del funzionamento per indicare se e quanto ciascun soggetto se ne discosta. Questo porta, come primo risultato, all'abbandono dei termini con una connotazione negativa, come "menomazione" e "handicap", a favore di altri che contengono una prospettiva molto più favorevole, come quelli di "attività" e "partecipazione sociale". Ponendo al centro le potenzialità dell'individuo nel suo interagire con le condizioni ambientali, si tende a pensare maggiormente alla persona in una dimensione diacronica, nella quale il diritto ad avere un futuro, a raggiungere una dimensione di massima autonomia possibile, a sperimentare una condizione di "adulità" siano pienamente riconosciuti. E' la prospettiva del "progetto di vita", sulla quale mi sono ampiamente soffermato in un recente lavoro (Cottini, 2003), che trova una conferma fondamentale nell'articolazione dell'ICF. Ricci (2002) mette in evidenza una ripercussione di questo modificato orientamento sulla definizione del concetto di gravità. Il deciso sganciamento della misurazione dei deficit dalla menomazione, infatti, renderà inevitabile l'utilizzo del gradiente di gravità sempre più centrato sulla disabilità piuttosto che sulla menomazione. Sarà quindi sempre più evidente che a parità di menomazioni ci potranno essere livelli di gravità anche molto differenti, con la conseguenza che le valutazioni, anche quelle medico-legali, dovranno assumere un carattere sempre

La visione
positiva della
disabilità

più dinamico e meno predeterminato per risultare veritiere ed eque. Una persona sarà da considerare in situazione di grave disabilità quando esiste una differenza molto consistente fra quello che riesce a fare con le sue abilità, unitamente agli strumenti e ai sussidi eventualmente utilizzabili e quello che la società chiede a tutti i suoi componenti di saper fare.

Come messo in risalto ampiamente, la novità più rilevante introdotta dall'ICF riguarda il fatto che il funzionamento e la disabilità della persona sono concepiti come una complessa interazione tra le condizioni di salute e i fattori contestuali (ambientali e personali), relativamente all'attività concreta dell'individuo e alla sua possibilità di partecipazione alla vita sociale. Viene superato, in questo modo, il modello di riferimento che tendeva ad enfatizzare in maniera preponderante la dimensione biomedica nel concetto di salute, per assurgere ad una interpretazione che assegna il giusto ruolo anche alle componenti psicosociali.

Importanza dei
fattori contestuali

Da questa impostazione dovrebbe derivare una immediata ripercussione sulle modalità di delineazione della *diagnosi funzionale (DF)*. Non si tratta di individuare soltanto gli elementi di rilevanza clinica connessi al deficit, ma di conoscere la persona, con l'attenzione rivolta in maniera particolare alle sue potenzialità e alle sue risorse. Di conseguenza, se l'individuazione delle condizioni correlate alla salute scaturisce dal rapporto sistemico individuo-ambiente, allora il compito di valutarle non può essere assegnato solo alla professionalità sanitaria, ma deve coinvolgere un insieme sinergico di punti di vista, tra cui quello della famiglia, della scuola e dell'extrascuola, senza dimenticare, quando possibile, quello dell'individuo stesso (Pavone, 2002). La normativa attuale demanda l'elaborazione della diagnosi funzionale, che rappresenta un elemento fondamentale per arrivare alla predisposizione di progetto educativo personalizzato, "all'unità multidisciplinare composta dal medico specialista nella patologia segnalata, dallo specialista in neuropsichiatria infantile, dal terapeuta della riabilitazione, dagli operatori sociali in servizio presso l'Unità Sanitaria Locale o in regime di convenzione con la medesima" (DPR 24 febbraio 1994). Il mancato coinvolgimento del personale educativo e della famiglia nella redazione della D.F. determina ripercussioni negative di notevole spessore. Innanzitutto, l'attenzione viene focalizzata eccessivamente su quanto il bambino non sa fare, piuttosto che sulle abilità possedute o potenziali, con un approccio essenzialmente medico e poco educativo. Oltre ciò, si registra sovente una mancanza di dialogo tra la componente clinico-riabilitativa (gli specialisti medici o psicologi, i tecnici della riabilitazione), quella pedagogica (gli insegnanti e gli educatori in genere) e la famiglia, con nefasta incidenza su tutto il successivo processo d'integrazione. La conseguenza di ciò è, spesso, un atto poco "funzionale", che non fornisce indicazioni operative chiare ed utili per programmare le attività educative. Il forte richiamo che scaturisce dall'ICF ad una impostazione interdisciplinare e multidisciplinare della valutazione, con una logica circolare e non lineare, deve necessariamente portare a ribadire con forza la necessità di una revisione dell'Atto di indirizzo del febbraio 1994, già sollecitata in varie occasioni (Cottini, 2002c, 2003a).

L'esaltazione dei fattori contestuali che caratterizza l'impostazione dell'ICF dovrebbe avere, a mio avviso, una ripercussione anche nella modalità di valutare i risultati che derivano dall'attività educativa e riabilitativa. Non possono essere più

giustificate modalità di monitoraggio riduttive, esclusivamente centrate sulla misurazione del progresso in una abilità o nella attenuazione di un comportamento problema. L'attenzione deve allargarsi e considerare sempre la ricaduta che l'acquisizione di queste competenze ha avuto nel miglioramento dell'attività e della partecipazione dell'individuo; in altre parole, se si è registrata una riduzione della disabilità e un miglioramento della qualità della vita. Questo cambio di prospettiva dovrà portare ad individuare sistemi di valutazione integrata e non settoriale, in grado di verificare i cambiamenti nello stile di vita delle persone. Si tratta dell'approccio che stanno recentemente proponendo Carr ed i suoi collaboratori per i soggetti con deficit comportamentali gravi (Carr et al. 2002), per i quali auspicano che i risultati degli interventi siano valutati non solo in relazione alla riduzione dei comportamenti-problema, ma anche in termini di relazioni sociali, produttività, opportunità, affetto e soddisfazione dei soggetti. Sulla stessa lunghezza d'onda si colloca il concetto di *valutazione autentica*, proposta in Italia da Comoglio (2002a; si veda il prossimo capitolo).

Il modello dinamico bio-psico-sociale proposto dall'*ICF* alla base del concetto di salute richiama fortemente il contributo lontano nel tempo, ma opportunamente rivalutato in questi ultimi anni, fornito da Vygotskij. In un periodo non precisamente definito, ma sicuramente precedente al 1934 anno della sua morte, Vygotskij (tr. It. 1980, 1990) sottolineava che nell'analisi dello sviluppo cognitivo e, soprattutto, delle potenzialità d'apprendimento dei bambini con deficit mentali non va considerata solo la situazione rilevabile dai test ("la situazione attuale"), in quanto le effettive capacità di un individuo possano emergere soltanto nel momento in cui si instaura un rapporto interattivo tra lui e l'ambiente umano. Il modello proposto da Vygotskij costituisce probabilmente il fondamento più solido su cui poggia l'impianto proposto dall'*ICF*, in quanto sottolinea come l'apprendimento sia un processo socio-educativo e che quindi richieda la compresenza di più figure (persona disabile, familiari, insegnanti, educatori, animatori, compagni, ecc). Centrale, a questo proposito, è il concetto di *zona di sviluppo prossimale*, il cui limite inferiore indica le capacità individuali dell'individuo e quello superiore il miglioramento che ne segue grazie all'interazione con il contesto sociale (anche questo concetto sarà trattato in maniera approfondita nel prossimo capitolo).

Alla luce di quanto sostenuto nel punto precedente, appare evidente come la differenziazione (che a volte diventa contrapposizione) fra interventi sanitari ed educativi sia da ritenersi del tutto arbitraria. I principi enunciati dall'*ICF* rimandano ad un training articolato ed integrato, nel quale tutte le azioni tendenti a ridurre gli esiti dei deficit e ad innalzare i livelli di qualità della vita devono assumere, pur nella loro specificità, pari dignità ed importanza. Ancora di più, il nuovo sistema descrittivo ci impegna non solo a considerare sullo stesso livello le diverse modalità di intervento per le persone disabili, ma anche a non costruire steccati nei quali concentrare l'azione rivolta a singole categorie di persone. L'attenzione educativa e sanitaria ai disabili non può più essere considerata come un riguardo privilegiato; l'*ICF*, al contrario, propone che la differenza legata al deficit venga ricompresa nel grande capitolo della cura educativa e sanitaria verso tutte le diversità che accomunano gli individui (Pavone, 2002).

Necessità di integrare gli interventi sanitari, educativi e sociali

In conclusione è importante sottolineare che, in una riunione dell'OMS del maggio 2001, ben 191 Paesi hanno dichiarato di riconoscere l'ICF come sistema internazionale per misurare e classificare la salute e la disabilità. Se tale adesione diventerà concreta e non solo di facciata, determinando l'emanazione di norme specifiche da parte degli Stati, questo nuovo strumento potrà realmente penetrare e concorrere alla promozione di una cultura positiva della diversità, considerata come risorsa e non come impedimento per lo sviluppo delle comunità. Lo strumento *ICF*, in altre parole, può aprire le porte a un cambiamento del modo di pensare l'altro, il quale promuova la considerazione di una parità reale tra le persone che presentano abilità e disabilità diverse. Ogni individuo, infatti, anche quello in situazione di disabilità, è portatore di una propria originale condizione di salute che si deve cercare elevare il più possibile, al fine di renderlo capace di migliorare, con la propria azione, il contesto sociale nel quale si trova a vivere ed operare.

In questo capitolo

1. Nel 1999 l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha pubblicato un nuovo strumento attraverso il quale descrivere e misurare gli stati di salute e di disabilità delle persone: l'*International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Tale strumento introduce delle modifiche sostanziali e consente di superare il modello di riferimento che tende ad enfatizzare in maniera preponderante la prospettiva biomedica nel concetto di salute, per assurgere ad una interpretazione che assegna il giusto ruolo anche alle componenti psicosociali.
2. Le principali classificazioni internazionali delle sindromi e dei disturbi mentali, l'ICD-10 e il DSM IV, forniscono un modello di riferimento eziologico. L'ICF non sostituisce questi sistemi di classificazione, ma li completa, ponendo al centro l'attività della persona e la sua possibilità di partecipazione attiva alla vita sociale.
3. Le ripercussioni che si possono determinare a livello educativo e didattico con l'introduzione dell'ICF e la conseguente grande attenzione riservata ai fattori contestuali e ambientali, riguarda il ruolo paritetico che viene riconosciuto agli interventi clinici, riabilitativi, educativi e sociali, i quali devono necessariamente integrarsi ed uscire da ogni arbitraria demarcazione. L'enfasi, quindi, è rivolta alle potenzialità della persona e non semplicemente ai deficit che può presentare.