

Paradigma dell'ICF

Fabrizio Corradi

Psicotecnologo

Ausilioteca dell'Istituto Leonarda Vaccari

Servizio di consulenza e supporto sulle tecnologie assistive



Viale Angelico, 22 - 00195 ROMA - Telefono: 06 37 59 30 215 - Email: fabrizio.corradi@leonardavaccari.it

Fabrizio Corradi

Psicotecnologo, esperto nel garantire una migliore autonomia alle persone attraverso un approccio sistemico in un processo che analizza le caratteristiche della persona (con disabilità), dell'ambiente di vita della stessa e le possibili tecnologie che possono contribuire alla loro autonomia.

Ho una laurea in Psicologia, in un percorso interfacoltà tra Psicologia, Ingegneria, Medicina e Lettere e Filosofia.

Insegno al **Corso di Laurea in Scienze della Formazione Primaria della Libera Università Maria Santissima Assunta (LUMSA)** dal 2011 con corsi/laboratori sulle tecnologie e la didattica (inclusiva).

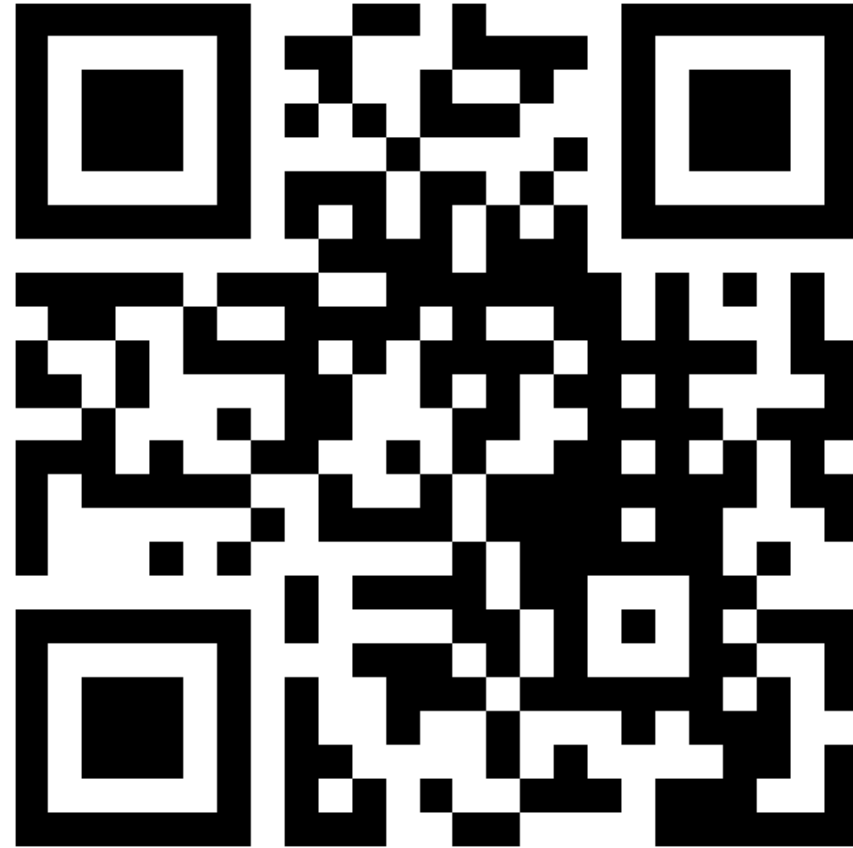
Sono il Responsabile del servizio **Ausilioteca dell'Istituto Leonarda Vaccari** di Roma dal 2012 e vi lavoro dal 2004.

Ho numerose pubblicazioni nell'area delle tecnologie e la disabilità e ho curato alcuni dei principali capitoli del primo manuale sul processo di valutazione delle tecnologie assistive (edito dalla Pearson Italia – Manuale di Valutazione delle Tecnologie Assistive, Federici & Scherer, 2013).

Sono il direttore del **Master in Comunicazione Aumentativa e Alternativa** della LUMSA e collaboro con l'**Istituto Clinico Interuniversitario** dove promuovo il Centro Studi sulla Comunicazione Aumentativa e Alternativa e sulle Tecnologie Assistive (CAATA).

COSA INTENDI PER DISABILITA'?

Mentimeter: 25 24 09 6



<https://www.menti.com/4qk2pjxm6>

I primi 5 secondi...

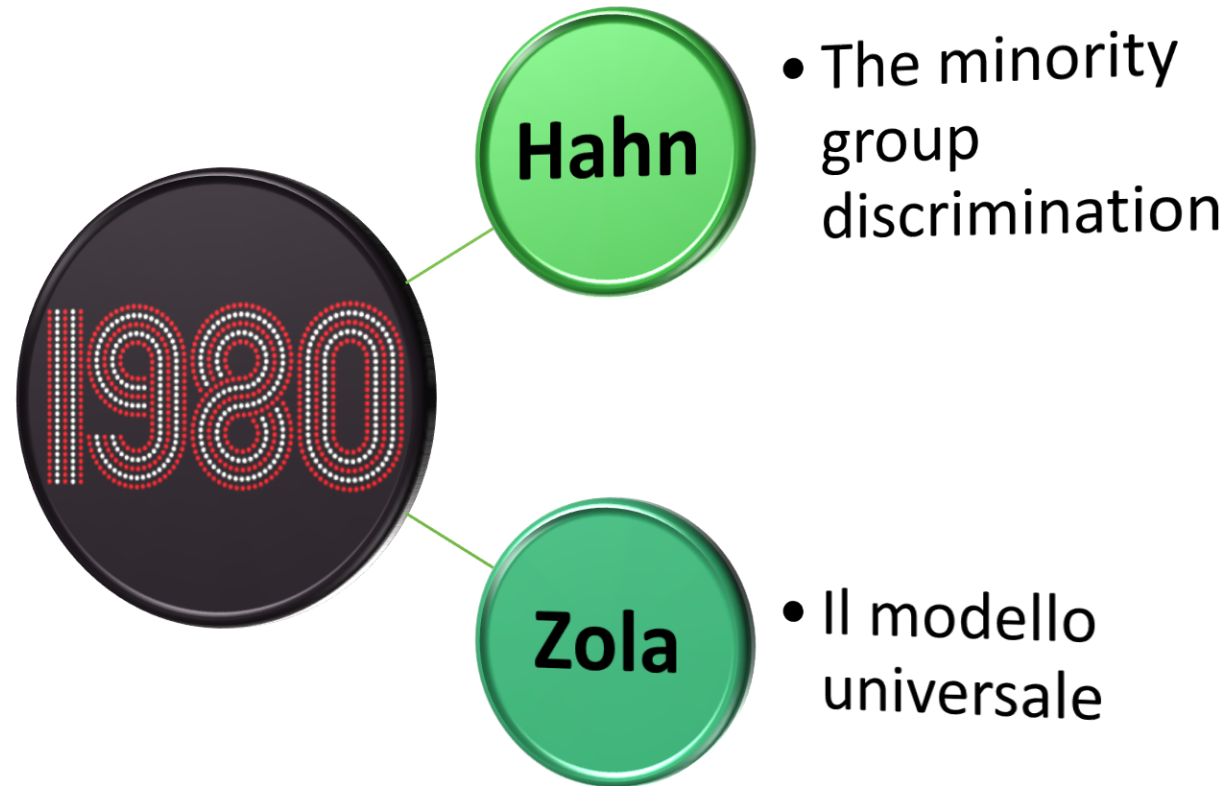
Cosa ti viene in mente quando...



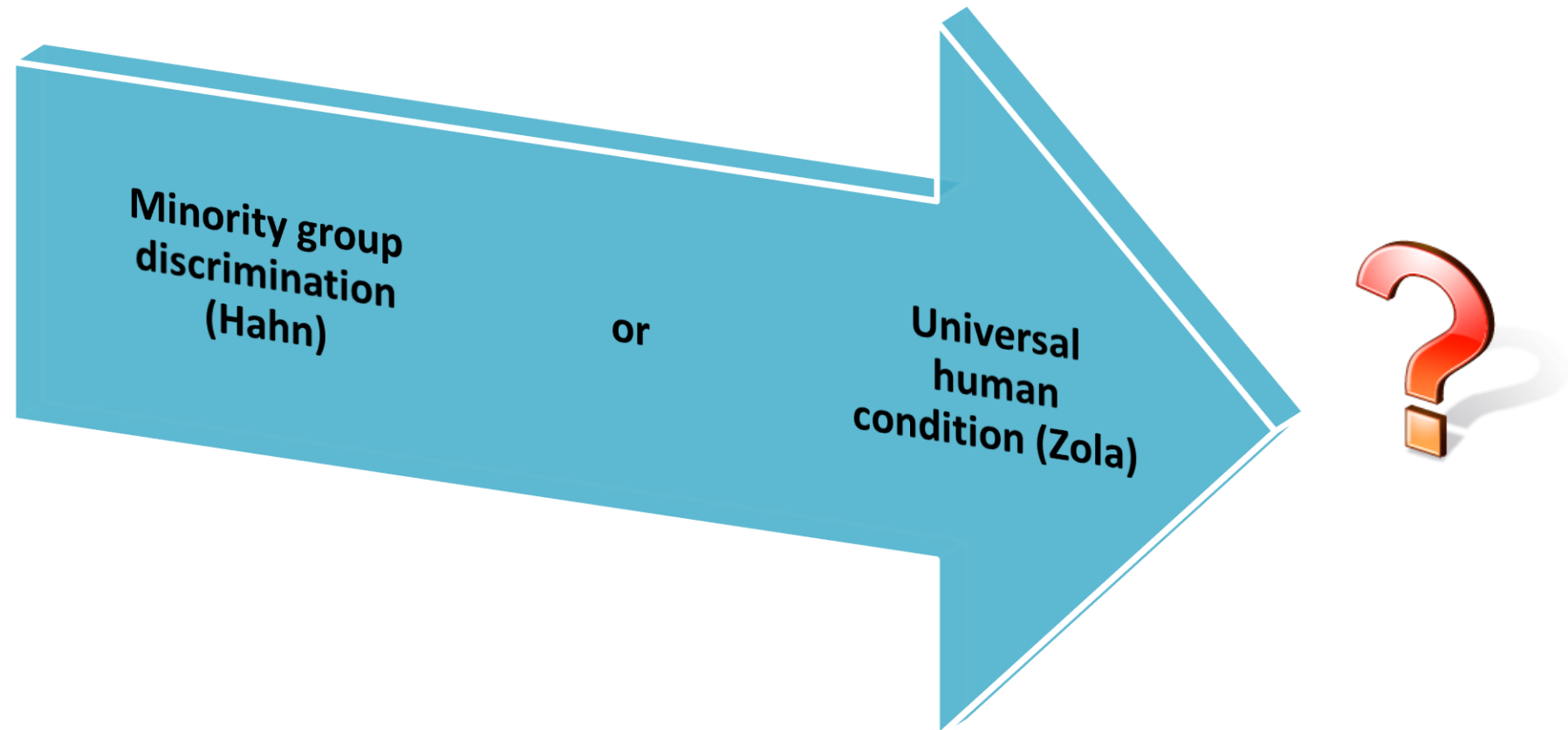
Kahoot

ICF – parte 1

Da un modello di minoranza al modello universale



Gli anni '80



Hahn and the minority group discrimination

Hahn (1980s) →

- the **minority group analysis**, so appropriate for understanding the social dynamics of marginalization in the case of race, must be **applied to people with disabilities**.
 - «the primary problems confronting citizens with disabilities are bias, prejudice, segregation and discrimination that can be eradicated through policies designed to guarantee them equal rights» (Hahn, 1987, p. 182).
- As a result, Hahn puts his faith in the **legal protection of rights**, and in particular the legal protection that antidiscrimination law provides.

2 limiti della teoria di Hahn

Disomogeneità del gruppo

Le risposte sociali alle diverse forme di disabilità mentali e fisiche sono molto diverse. Inoltre, le persone con disabilità non sono omogenee né del tutto solidali tra loro. Il modello del gruppo di minoranza non corrisponde in modo soddisfacente ai fatti.

Ingiustizia non discriminatoria

Le persone con disabilità devono affrontare molti mali sociali, determinati da una cattiva distribuzione del potere e delle risorse. Tuttavia, essi non sono forme di discriminazione. L'ingiustizia è stata creata, non intenzionalmente da chi è al potere, ma per via sistemica.

Modello Universale: Zola /1

Zola (1989) *Toward the necessary universalizing of disability policy*



L'intera popolazione è **a rischio** per la concomitanza di malattie croniche e disabilità

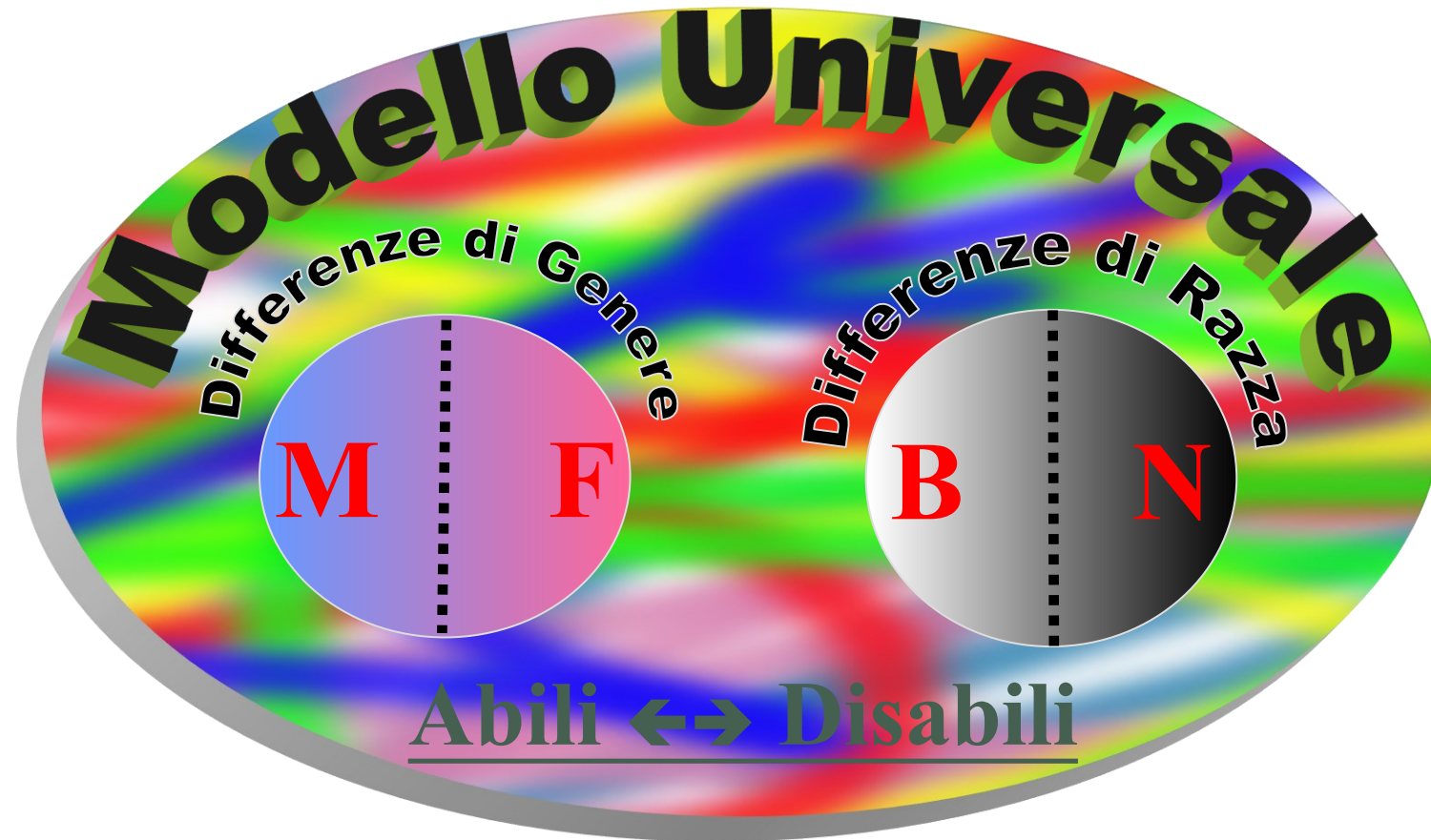
Demistificare la **specialità** della disabilità

L'**universalità** non è solo una questione statistica ma **politica**.

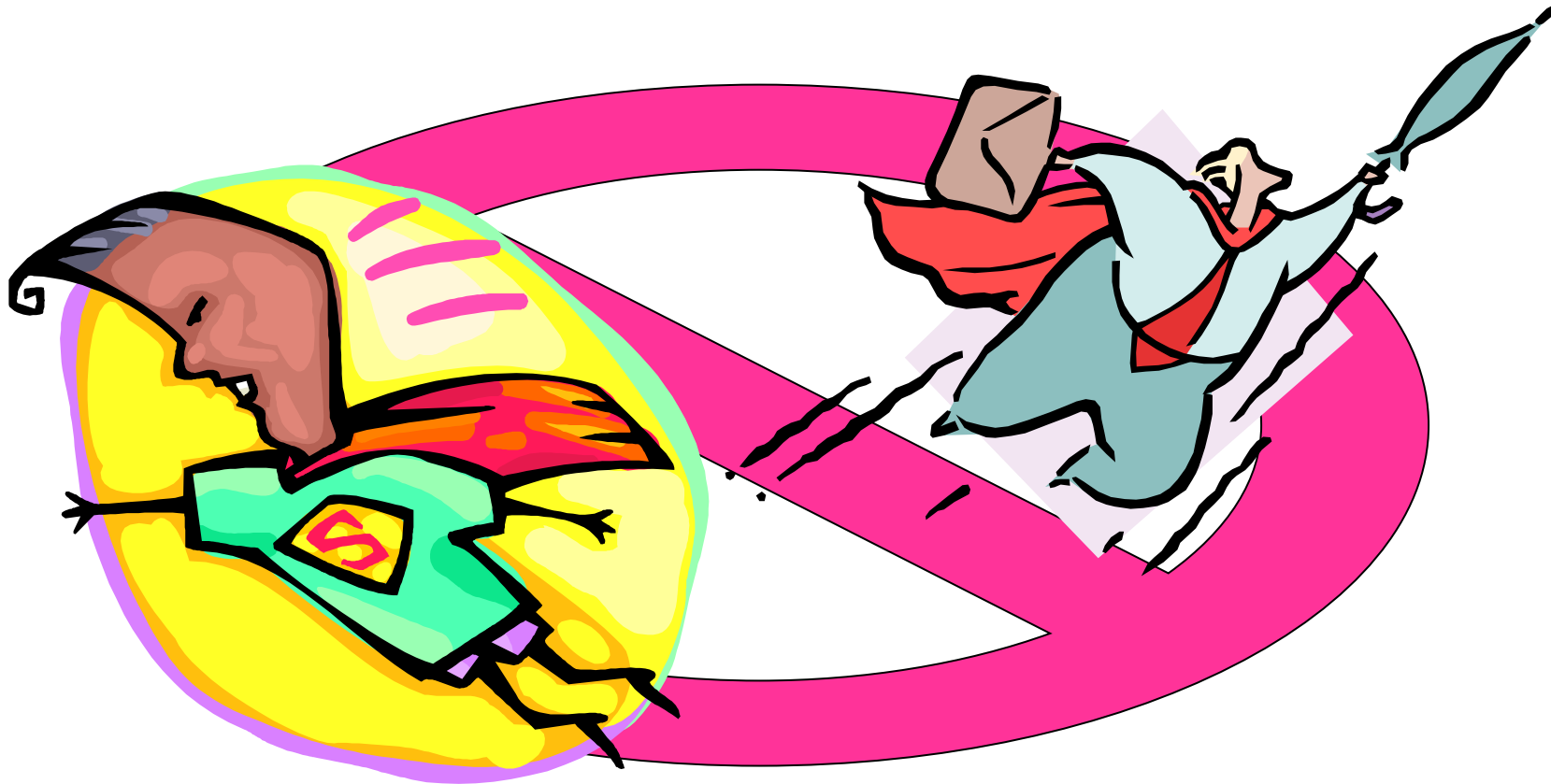
Modello Universale: Zola /2

«Solo quando noi riconosceremo l'avvicinarsi dell'**universalità della disabilità** e che tutte le sue dimensioni (inclusa quella biomedica) sono **parte del processo sociale**, da cui i significati di disabilità sono negoziati, sarà possibile apprezzare in pieno come una **generale politica sociale** può intervenire efficacemente su questo problema»

1) La disabilità non è un attributo umano che demarca una porzione di umanità da un'altra (come fa il genere e talvolta la razza); è un caratteristica dell'infinitamente varia ed universale condizione umana



2) *Nessun essere umano possiede un repertorio completo di abilità, adatto per tutti i mutamenti dell'ambiente fisico e sociale*



3) *Scientificamente parlando, non c'è alcun confine inerente ed intrinseco all'arco di variazioni nelle abilità umane*

Abilità



4) Abilità/disabilità è un continuum e la completa assenza di disabilità, come la completa assenza di abilità, è un caso limite di interesse solo teoretico



ICF – parte 2

SIAMO TUTTI UGUALI



...MA UGUALI A CHI?

www.uildm.org

© QUINO/QUIP

Fra
uguaglianza
e equità...
c'è
differenza



Il capitale di frasi e parole

Conosciamo le nostre definizioni e i nostri concetti per:

- Disabilità
- Handicap
- Limitazione
- Svantaggio
- Minorazione
- Deficit
- Barriere
- Integrazione
- Inclusione
- ...



- **Costruiamo insieme un “vocabolario”
per il nostro percorso**

Fra le parole dei limiti

- Mancanza
- Assenza
- Impossibilità
- Inadeguatezza
- Standardizzazione
- Povertà di risorse
- Difficoltà
- Distanza
- Scarsa conoscenza
- Giudizio a priori (o pre-giudizio)
-
- ...*brainstorming in aula*



Oltre il limite: quale lessico?

- Partecipazione
- Inclusione
- Ascolto delle esigenze
- Condivisione di risorse
- Profilazione dei target
- Conoscenza
- Condivisione
- Incontro
- Universal design
- Progettazione partecipata
- Informazione
- ...



Alcune parole e i loro significati.

- Abilità
- potenzialità
- disabilità
- limiti
- autonomie ...
- Parole, immagini, percezioni
- Substrato culturale...
- Approcci personali
-

La semantica

“L’attenzione delle parole è importante, non tanto per un fatto estetico o formale, ma perché **nelle parole è contenuto il modello operativo cui si fa riferimento.**”

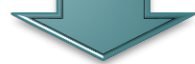
In questo caso, è molto importante non fare confusione tra deficit, disabilità e handicap: utilizzare termini impropri e fare confusioni linguistiche può essere un modo per aumentare l’handicap, anziché ridurlo”

Andrea Canevaro, *Le parole che fanno la differenza*,
articolo pubblicato su www.asphi.it.

Concetti e parole della disabilità nei documenti OMS: il plurale è d'obbligo

- **ICIDH, International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps, OMS, 1981: caratteristiche e contesto**

breaking point



- **ICF, International Classification of Functioning, Disabilities and Health, OMS, 2001 (e ICF Youth, OMS 2007)**

Il cambiamento



Una classificazione in positivo e universale

Al centro vi sono gli stati di salute, le dimensioni delle autonomie, la partecipazione, le attività, le potenzialità di ogni individuo, la qualità della vita

L'ICIDH

- Primo documento di classificazione inerente la disabilità che portava l'imprimatur della World Health Assembly, diffuso con l'acronimo di **ICIDH**.
- Fino a quel momento non si era sviluppato un linguaggio specifico da applicare sistematicamente tanto nei documenti – internazionali e non, sanitari o politici – quanto da traslare nel dibattito politico, sociale e culturale in ambiti geografici più ridotti così da stimolare la crescita di una comune base culturale.
- Queste carenze comportavano, peraltro, la difficoltà (tutt'ora non del tutto scongiurata) di non poter svolgere indagini esaustive, anche di natura statistica, poiché *manca il concetto condiviso* di cui elaborare una definizione operativa: si determinava dunque la grave lacuna di non poter confrontare dati poiché l'universo di riferimento non possedeva una terminologia univoca.

Un modo di classificare con l'ICDH dell'OMS (1980)

Categoria delle Menomazioni	Categoria della Disabilità	Classificazione degli Handicap
Menomazioni della capacità intellettuale	Disabilità nel comportamento	Handicap nell'orientamento
Altre menomazioni psicologiche	Disabilità nella comunicazione	Handicap nell'indipendenza fisica
Menomazioni del linguaggio	Disabilità nella cura della propria persona	Handicap nella mobilità
Menomazioni auricolari	Disabilità locomotorie	Handicap occupazionali
Menomazioni oculari	Disabilità dovute all'assetto corporeo	Handicap nell'integrazione sociale
Menomazioni viscerali	Disabilità nella destrezza	Handicap nell'autosufficienza economica
Menomazioni scheletriche	Disabilità circostanziali	Altri handicap
Menomazioni deturpanti	Disabilità in particolari attitudini	
Menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo	Altre limitazioni nell'attività	L'articolazione classificatoria dell'ICIDH prevedeva nove macro-categorie per le Menomazioni e le Disabilità e sette per gli Handicap

Fonte: OMS

Due documenti miliari

- **ICIDH** e **ICF** sono due documenti *miliari* sulla strada della **comprensione e della conoscenza della disabilità**: chiavi di volta di un'evoluzione che ha contraddistinto e portato alla luce il paradigma concettuale della *disabilità* per il quale, nei documenti ufficiali più che altrove, *occorre tener presente che ogni paradigma sempre sottende una definizione operativa, meglio ancora un modello operativo cui le parole si riferiscono*:

“Le definizioni sono affermazioni che descrivono gli attributi essenziali (qualità, proprietà o relazioni) del concetto designato dalla categoria. Una definizione spiega quello che il termine indica e, in maniera operativa, nota come esso differisca dalle altre cose o dai fenomeni correlati” .

ICF, Allegato 1, *Problemi tassonomici e terminologici*, pag. 170

I punti di discontinuità ICDH-ICF

- Il termine *disabilità* impiegato nell'ICIDH viene sostituito dalla locuzione “*limitazione dell'attività*” mentre per il termine *handicap* l'espressione che lo sostituisce è “*restrizione della partecipazione*”.
- Rispetto a ciascuna delle migliaia di voci classificate, **ad ogni individuo possono venir associati uno o più qualificatori che descrivono il suo "funzionamento"**.
- Una tale nuova visione comporta il passaggio da un concetto restrittivo di disabilità ad uno più esteso che ricopre sia la restrizione di attività sia la limitazione di partecipazione.
- In questa definizione così espansa vengono ricomprese le cosiddette “categorie deboli”, fra cui gli anziani. ***Ora anche i BES.***

Elementi dall'ICIDH

- Pur definiti in modo nettamente distinti nella Classificazione del 1981, i termini **Impairments, Disabilities and Handicap** sono stati negli anni utilizzati in modo sinonimico generando molta confusione nella comprensione esatta dei loro significati.
- Queste le definizioni: Le definizioni formulate in quel 1980 furono le seguenti:
- **Menomazione (Impairment)**
“Perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psico- logica, fisiologica o anatomica”
- **Disabilità (Disabilities)**
“Qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano”
- **Handicap**
“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”

La revisione verso l'ICF

- Una delle critiche maggiori mosse all'ICIDH fu rivolta proprio alla concezione fondamentale su cui si basava, ovvero la *linearità del processo* di seguito schematicamente rappresentato:

Menomazione -> Disabilità -> Handicap

- Lo schema sintetizza un ragionamento che afferma allo stesso tempo un modo di concepire l'argomento: una persona può avere una menomazione (“perdita o anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica”) congenita oppure può subirla in modo accidentale o per malattia: la menomazione può condurre alla disabilità, ovvero alla limitazione della persona nello svolgere una o più attività considerate “normali” per un individuo della stessa età. Infine, la disabilità può portare all'handicap, ovvero lo svantaggio sociale che si manifesta in seguito all'interazione con l'ambiente.

S'instaura quindi fra i tre elementi una relazione di causalità diretta.

- **Questa sequenza dovrebbe spiegare meglio cosa s'intende per classificazione delle “conseguenze delle malattie” che l'ICIDH, coerentemente con l'obiettivo originario dell'OMS, rappresenta.**

Il punto di non ritorno

- **La bozza finale dell'ICIDH-2** (così venne dapprima denominato il documento di revisione) **fu presentata alla 54th World Health Assembly nel maggio 2001: il 22 dello stesso mese, dopo averla discussa, la Health Assembly approvò la nuova classificazione** attraverso la risoluzione WHA54.21 **con il titolo di “International Classification of Functioning, Disability and Health”**. Il 15 novembre 2001 fu pubblicata.
- **Anche l'Italia prese parte a questo lungo processo:** a partire dal 1998 la revisione della ICIDH nel nostro Paese fu svolta da una rete di istituzioni, servizi, addetti ai lavori e associazioni di persone con disabilità denominata Disability Italian Network-DIN (Associazione non profit per la formazione, lo sviluppo e la diffusione in Italia della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute e degli strumenti ICF dell'Organizzazione Mondiale della Sanità).

La posizione dell'ICF

Il lungo e partecipato processo di revisione ha portato all'esigenza di raccontarlo: gli allegati dell'ICF hanno il compito di spiegarne la vision e i passi progettuali compiuti, anche in merito alla scelta accurata – e di valore universale – delle parole:

“I termini sono la designazione di concetti definiti mediante espressioni linguistiche particolari, come parole o locuzioni. La maggior parte dei termini su cui può nascere confusione viene usata nel discorso e nella scrittura di tutti i giorni con significati attribuiti dal senso comune. (...) Chiarezza e precisione rimangono caratteristiche fondamentali in modo da poter scegliere i termini appropriati per esprimere in modo non ambiguo ciascuno dei concetti sottostanti”.

ICF, Allegato 1, *Problemi tassonomici e terminologici*, pag. 167

*Dall'ICF viene “defenestrato” il termine handicap e l'OMS invita a parlare di **persona con disabilità** nei documenti ufficiali, istituzionali e nelle statistiche, nell'informazione*

Il concept in uno schema

Dall'ICIDH all'ICF
si passa da una visione lineare e
sequenziale
ad una multidimensionale
fatta di relazioni multidirezionali
e reciproche

Lo schema ICF: interazioni di reciprocità

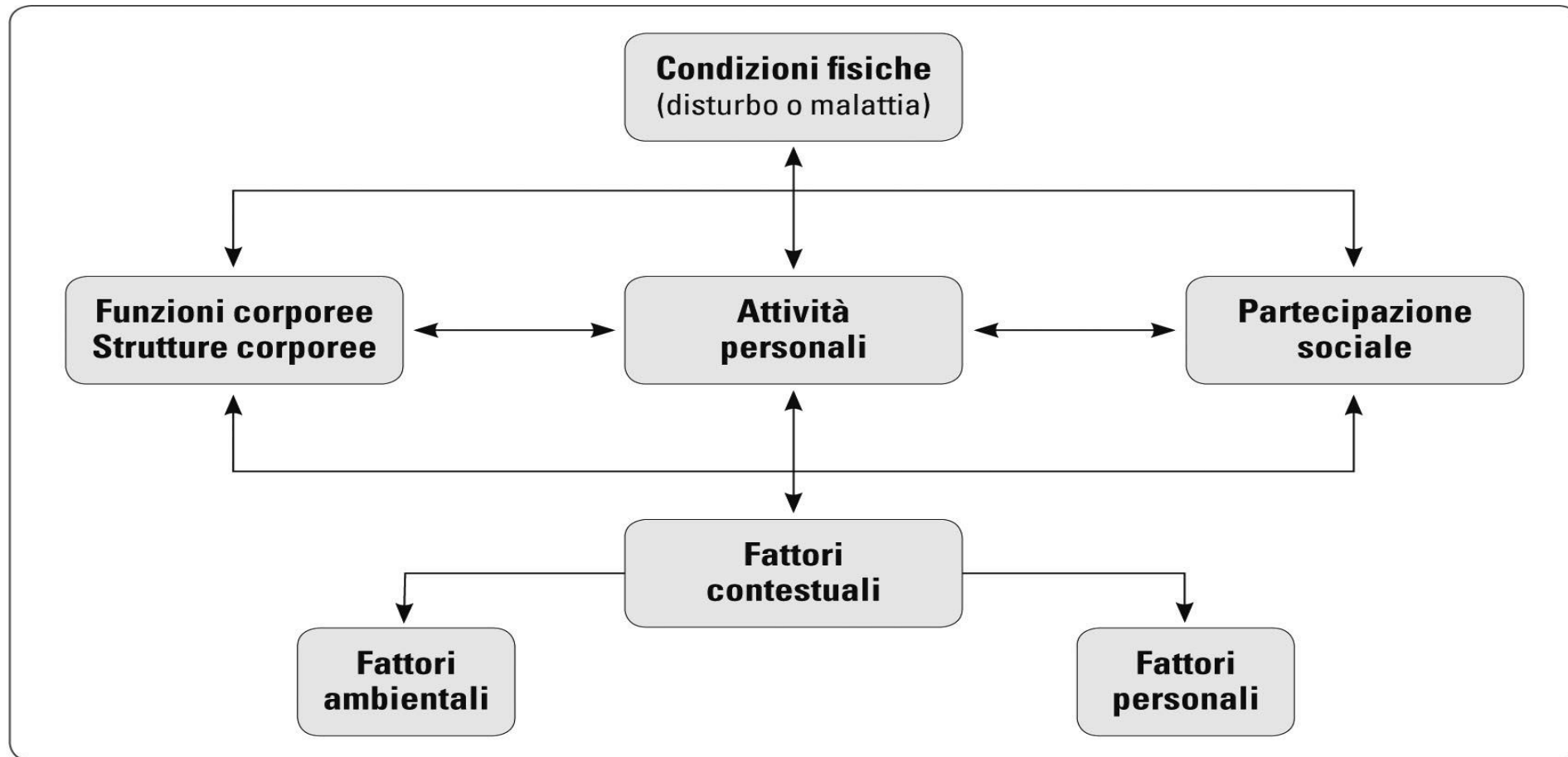


Fig. 1 Circolarità dei processi di azione e retroazione.

La rivoluzione: nel pensiero, nelle parole, nei metodi

**L'ICF è all'origine di un mutamento culturale
e dunque ampio e capace di investire ogni ambito della vita umana
poiché inaugura
una visione e un approccio biopsicosociale di disabilità.**

**In tale definizione entrano
l'ambiente e le persone
con le quali la persona con disabilità si relaziona**


I fattori ambientali



Ogni elemento del contesto di vita – architettonico, sensoriale o relazionale – può essere individuato come **“facilitatore”** o **“barriera”** nel lasciare all’individuo la possibilità di esprimersi nei propri livelli e potenzialità di **“partecipazione”** e **“attività”**.

In ogni contesto.

Una prospettiva ampia



**La disabilità emerge nell'ICF come
un concetto ombrello
per tre prospettive:
corpo, individuo e società
ricomprendendovi inoltre, nella
veste di facilitatori o barriere, i
fattori ambientali.**

L'ICF: definizioni come modelli operativi nuovi/1

- **Disabilità (Disability)**

È il termine ombrello per menomazioni, limitazioni dell'attività e restrizioni della partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell'interazione fra un individuo (nella sua condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali)

- **Funzionamento (Functioning)**

È il termine ombrello per le funzioni corporee, le strutture corporee, attività e partecipazione. Esso indica gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo (nella sua condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali)

- **Menomazione**

È una perdita o una anormalità nella struttura del corpo o nella funzione fisiologica (comprese le funzioni mentali). Qui il termine «anormalità» viene usato solo ed esclusivamente per indicare uno scostamento significativo rispetto a norme statistiche stabilite e dovrebbe essere utilizzato soltanto in questa accezione

L'ICF: definizioni come modelli operativi nuovi/2

- **Attività**

È l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Essa rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento

- **Partecipazione**

È il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita. Essa rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento

- **Limitazioni dell'attività**

Sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività. Una limitazione dell'attività può essere una deviazione da lieve a grave, in termini quantitativi o qualitativi, nello svolgimento dell'attività rispetto al modo o alla misura attesi da persone senza la condizione di salute

- **Restrizioni della partecipazione**

Sono problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita. La presenza di una restrizione alla partecipazione viene determinata paragonando la partecipazione dell'individuo con quella che ci si aspetta da un individuo senza disabilità in quella stessa cultura o società

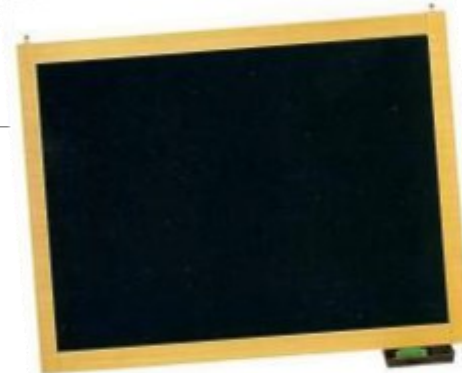
Capacità

- La capacità è ciò che la persona fa, senza considerare l'interazione attuale con i fattori ambientali e dell'aiuto di persone, comprensiva di quell'**abilità** che la persona possiede o ha sviluppato nel corso dell'esperienza di vita. Capacità è il più alto livello probabile di funzionamento che una persona può raggiungere in un determinato momento e per maggior precisione è:
 - un'**abilità intrinseca** di una persona nell'effettuare delle azioni;
 - ciò che **un individuo può fare (se sceglie di farlo) quando l'ambiente non interferisce, né facilita;**
 - **indipendente** dall'ambiente.

Performance

- Il concetto di performance si riferisce alla capacità tradotta in azione (cosa la persona fa concretamente nel suo ambiente attuale) anche in presenza di fattori ambientali facilitanti (facilitatori) o ostacolanti (barriere) e quindi anche ciò che la persona vive come descrizione di “stati di essere”, soprattutto nelle condizioni di gravi disabilità, come l’essere alimentati, l’essere curati, lavati, ecc. In altre parole, una persona completamente incapace di lavarsi o di alimentarsi in modo autonomo (da sola) ma che grazie ai facilitatori (famiglia o servizi) viene, seppur passivamente, alimentata o lavata in modo adeguato, avrà un qualificatore di capacità uguale a 4 e un qualificatore di performance uguale a 0, simmetrico alla somma dei fattori ambientali facilitanti che dovrà essere pari a 4.
- In altri termini la performance può essere sintetizzata come:
 - **ciò che una persona fa come funzione dell’effetto ostacolante o facilitante dell’ambiente;**
 - **risultato dell’effetto dell’ambiente su di una persona.**

...E allora dov'è l'handicap? E cos'è?



E così il lessico si trasforma...

Persona
con
disabilità

Riflessione in aula sugli elementi della definizione ICF

Il senso “antropologico” dell’ICF



L'importanza degli allegati ICF

- **Allegato 1 *Problemi Tassonomici e Terminologici*: una questione di cultura e comunicazione.**

Vi sono elencate le definizioni dei seguenti venti termini:

benessere, stati di salute e domini di salute, stati correlati alla salute e domini correlati alla salute, condizione di salute, funzionamento, disabilità, funzioni corporee, strutture corporee, menomazione, attività, limitazioni dell'attività, partecipazione, restrizioni della partecipazione, fattori contestuali, fattori ambientali, fattori personali, facilitatori, barriere, capacità, performance.

- **Allegato 5 *L'ICF e le persone con disabilità*: ribadisce l'importanza di un lessico neutro e giustifica la scelta di ogni parola.** Si dedica alla comunicazione: si tratta dunque di una questione di accesso e difficoltà di accesso, anche sensoriale, ai contenuti dell'informazione, degli apprendimenti.
- **Allegato 7 *L'ICF e le persone con disabilità*: fa sintesi del processo di revisione dell'ICDH mettendo in luce la progettazione partecipata dello strumento.**

ICF Youth | OMS 2007

- *L'ICF Youth (ICF-CY): “E' stato sviluppato allo scopo di cogliere e descrivere l'universo del funzionamento dei bambini e degli adolescenti...”. l'ICF-CY è stato quindi sviluppato tenendo conto dei cambiamenti associati alla crescita e allo sviluppo*
- **“L'ICF-CY è una classificazione delle Funzioni Corporee, delle Strutture Corporee, dell'Attività e Partecipazione e dei Fattori Ambientali formulata in termini neutri”**
- *L'unità di classificazione nell'ICF-CY non è una diagnosi per un bambino ma un profilo del suo funzionamento.*
- **“Scopo dell'ICF-CY è descrivere la natura e la gravità delle limitazioni del funzionamento del bambino e i fattori ambientali che influiscono su tale funzionamento”.**

Alcune questioni chiave nell'ICF-CY / 1

Il bambino/adolescente nel contesto della famiglia: “il funzionamento del bambino/ragazzo non può essere capito vedendolo isolatamente e quindi va visto nel contesto del sistema familiare “

Il ritardo evolutivo: “può manifestarsi nelle funzioni cognitive, funzioni dell'eloquio, (mobilità e comunicazione) con variazioni specifiche dell'età e subiscono gli effetti dei fattori fisici e psicologici dell'ambiente. Queste variazioni nella comparsa di funzioni e strutture corporee o nella manifestazione di abilità evolutive attese definiscono il concetto di ritardo evolutivo e spesso servono come base per identificare i bambini che sono maggiormente a rischio di disabilità”.

Alcune questioni chiave nell'ICF-CY / 2

La partecipazione: “è definita come il «coinvolgimento in una situazione di vita» di una persona e **rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.** *Poiché la natura e gli scenari delle situazioni di vita dei bambini e degli adolescenti sono significativamente diversi da quelli degli adulti, la partecipazione ha ricevuto un'attenzione particolare nell'ICF-CY”.*

Gli ambienti: “i fattori ambientali vengono definiti come «gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza». **L'interazione persona-ambiente richiede particolare attenzione in questa fase evolutiva.** Gli ambienti dei bambini e degli adolescenti possono essere considerati come la serie di sistemi successivi che li circondano, dal più immediato al più distante, aventi ognuno un'influenza diversa, che varia in funzione dell'età o dello stadio evolutivo raggiunto”.

Dall'ICF, un mutamento d'approccio

-
- Dalla visione socio-sanitaria a quella biopsicosociale il passaggio compiuto è ad una prospettiva più ampia per cui **considerare *l'alterità una risorsa ed ognuno unico nel proprio funzionamento.***



- In tal senso, **una situazione di disabilità e/o BES andranno posti al centro di una nuova visione che si focalizzi sulle potenzialità, i punti di forza, le autonomie, le leve personali, relazionali, ambientali da attivare**



- **La disabilità può allora esser vista come un driver di innovazione** nei contesti sociali, scolastico-formativi, culturali, politici, lavorativi in ambito pubblico e privato



...poiché conduce a misurarsi con soluzioni alternative, non scritte, nuove, migliori e spesso tecnologicamente avanzate...

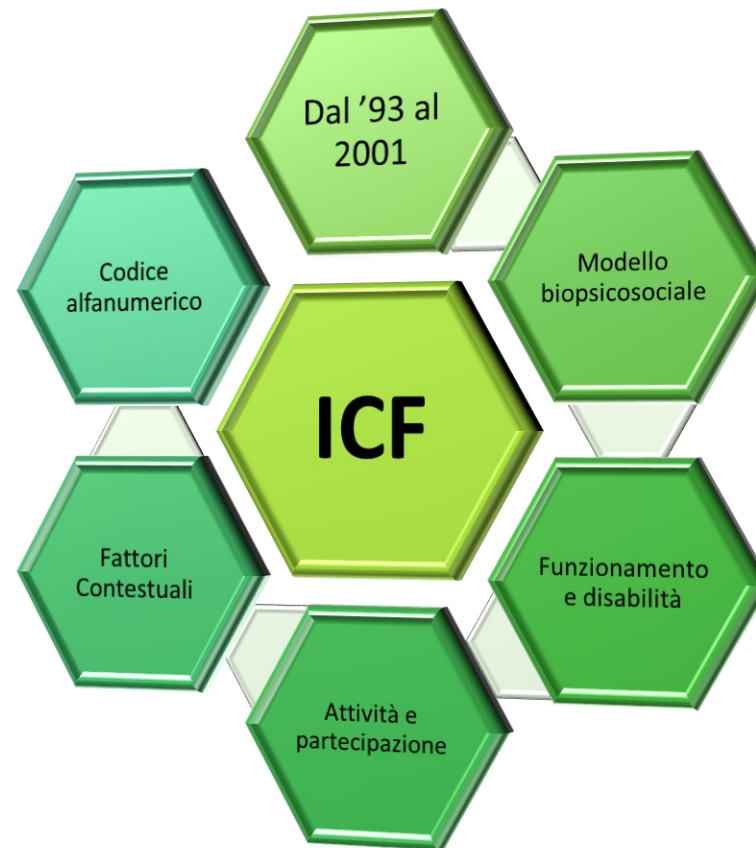
ICF – parte 3

Il problema della disabilità per gli individui “non è *se* ma *quando*, non tanto *quale*, ma *quante* e *in quale* combinazione” (Zola, 1993, p. 18).



«L'invecchiamento globale ha un forte impatto sugli sviluppi della disabilità. La relazione qui è diretta: vi è un più alto rischio di disabilità in età avanzata e le popolazioni nazionali stanno invecchiando ad un tasso mai riscontrato in precedenza» (WHO & World Bank, 2011, p. 35).

L'ICF



Dall' I C I D H all' I C F

1993 → WHO comincia il processo di *revisione* dell'ICIDH

1996 → *Alpha draft* dell'ICIDH-2 per la revisione di esperti

1997 → *Beta-1* per un meeting Internazionale a Ginevra e 2 anni di test sul campo.

1999 → *Beta-2 final draft*

22 Maggio 2001 → La WHO adotta la:

International Classification of Functioning, Disability, and Health

↑ ICF ↓

Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e delle Salute

ICF – *Introduzione*

Le componenti della salute

Le componenti della salute →

L'ICF **non** è più una classificazione delle **conseguenze delle malattie** come l'**ICIDH 1980**.

- Le **componenti della salute** identificano gli **elementi costitutivi della salute**, mentre le **conseguenze** si focalizzano sull'**impatto delle malattie** o di altre condizioni di salute che ne possono derivare.

ICF – Proprietà

L'universo: cosa classifica

Cosa classifica →

- L'ICF racchiude tutti gli aspetti della salute umana e alcune componenti del benessere rilevanti per la salute e li descrive come domini della salute e domini ad essa correlati. **La classificazione si riferisce all'ampio contesto della salute e non copre circostanze che non sono ad essa correlate**, come quelle causate da fattori socioeconomici.
- **Per esempio, le persone possono essere limitate nell'esecuzione di un compito nel loro ambiente attuale a causa della razza, del sesso, della religione o di altre caratteristiche socioeconomiche; non essendo queste limitazioni correlate alla salute, esse non vengono classificate nell'ICF.**

I C F – Proprietà

L'universo: a chi si rivolge

A chi si rivolge →

- Molto spesso si ritiene erroneamente che l'ICF riguardi soltanto le persone con disabilità; in realtà **esso riguarda tutti**. In altre parole, **l'ICF ha un'applicazione universale**.
- L'ICF non classifica le persone, ma descrive le situazioni di ciascuna persona nella forma dei domini della Salute e ad essa connessi»

ICF

Funzionamento e Disabilità

Funzionamento →

- è il termine ombrello per le **funzioni corporee**, le **strutture corporee**, **attività** e **partecipazione**.
- Esso indica gli **aspetti positivi dell'interazione** tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali).

Disabilità →

- è il termine ombrello per **menomazioni**, **limitazioni dell'attività** e **restrizioni della (alla) partecipazione**.
- Esso indica gli **aspetti negativi dell'interazione** tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali).

I C F – Visione d'insieme

Definizioni 1/2

Le funzioni corporee →

- sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche).

Le strutture corporee →

- sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti.

Le menomazioni →

- sono problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative.

L'attività →

- è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo.

I C F – Visione d'insieme

Definizioni 2/2

La partecipazione →

- è il coinvolgimento in una situazione di vita.

Le limitazioni dell'attività →

- sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività.

Le restrizioni alla partecipazione →

- sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.

I fattori ambientali →

- costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.



Arianna

POLITICALLY CORRECT

...HANDYCAPPATO?
DISABILE?
DIVERSAMENTE ABILE?
NON DEAMBULANTE?

VERAMENTE
MI CHIAMO
FILIPPO!



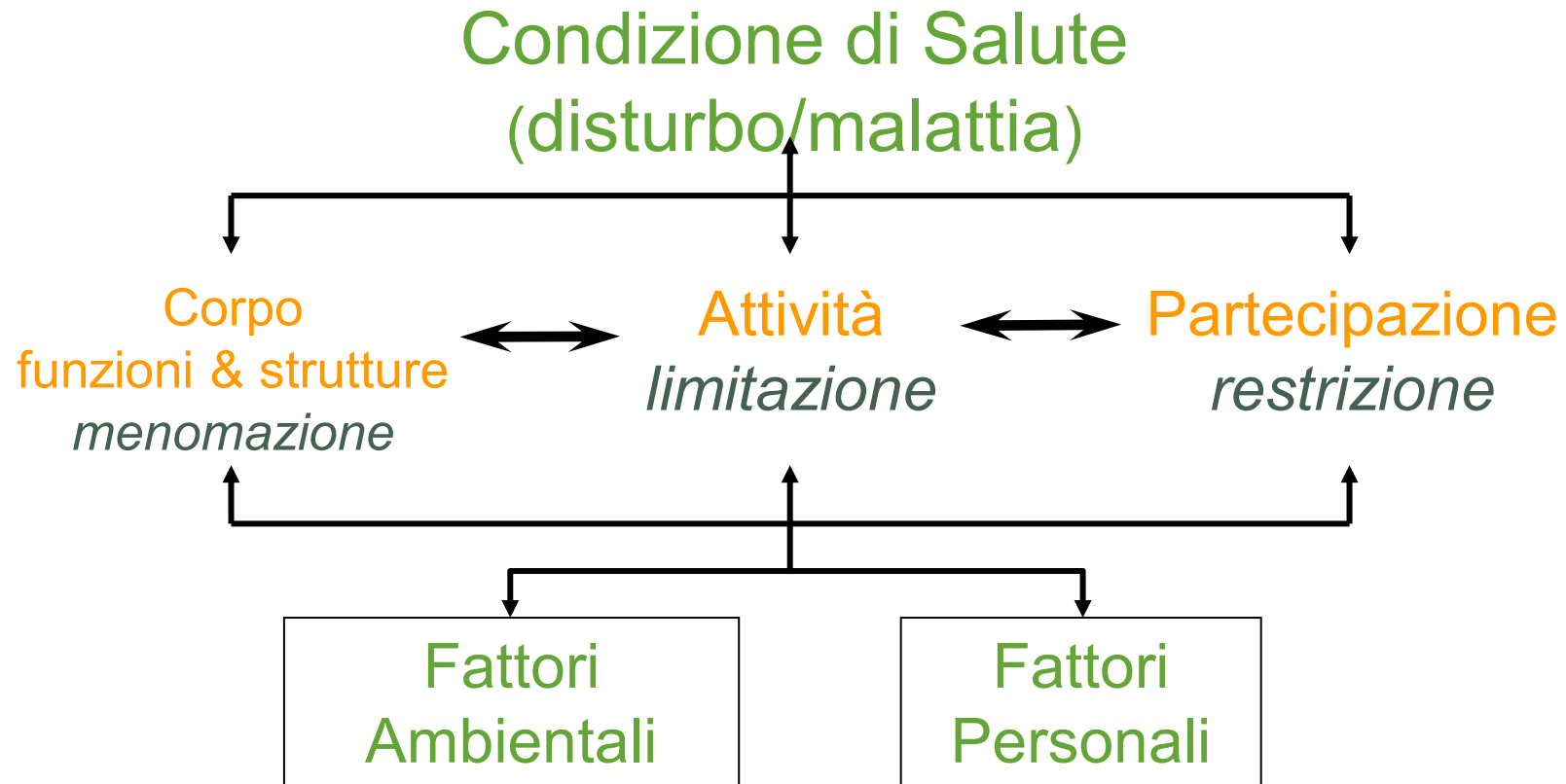
Tecnologia Assistiva (TA)

“qualunque oggetto, parte di equipaggiamento o sistema, modificato o personalizzato che venga utilizzato per aumentare, mantenere o migliorare le capacità funzionali degli individui con disabilità”

Soluzione Assistiva

- La **soluzione assistiva** è l'esito di un processo condotto dall'utente finalizzato al miglioramento del funzionamento individuale, riducendo le limitazioni dell'attività e le restrizioni nella partecipazione attraverso una o più tecnologie. La soluzione assistiva è un mediatore della *qualità della vita* e del *benessere* in uno specifico contesto d'uso.
- La **soluzione assistiva** non coincide con la tecnologia assistiva, in quanto la prima è un complesso sistema nel quale i fattori psico-socio-ambientali e la TA interagiscono, non in un modo sequenziale e lineare.

Interazione dei Concetti ICF 2001



ICF

Attualmente nell'ICF gli ausili per la comunicazione rappresentano fattori ambientali (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute, Cod. e1250 Prodotti e tecnologia generali per la comunicazione, p. 142) che favoriscono la partecipazione sociale, la cui efficacia dipende anche da altri fattori ambientali come la formazione degli operatori e degli insegnanti, gli atteggiamenti e le convinzioni delle persone che fanno parte del contesto di vita della persona.

Domande da porsi...

Nella scelta di un ausilio per la comunicazione bisogna porsi delle domande come *“offre la gamma completa delle funzioni comunicative? È compatibile con gli altri aspetti della persona? Quanto la comunicazione è dipendente dalla familiarità con l’ascoltatore? È utilizzabile in tutti gli ambienti? Impone restrizioni negli argomenti della comunicazione? Quanto è efficace? È suscettibile di ulteriori sviluppi? È psicologicamente accettabile e motivante? È alla portata dell’utente?”* (Andrich, 1998).

Il modello di valutazione delle tecnologie assistive (ATA)

Obiettivo:

proporre linee guida
per raggiungere risultati validi
nel processo di selezione
e assegnazione della TA

Il modello come integrazione...

Il processo di assegnazione di TA/ausili, adottato dall'Ausilioteca dell'Istituto Leonarda Vaccari di Roma (modello condiviso dal GLIC)

Processi eterogenei ma con fasi sovrapponibili: di accesso al servizio, di valutazione e pianificazione, di decisione e scelta, di fornitura e personalizzazione, di supporto e follow-up (p.e., Federici & Borsci, 2011).

Il processo di valutazione, Matching Person and Technology (Scherer, 1999; Scherer & Craddock, 2002), il quale permette di valutare le caratteristiche personali, ambientali e tecnologiche che interagiscono quando si prende in considerazione l'assegnazione di una TA.

Modello come base per i processi di valutazione...

Il modello proposto è il risultato di studi interculturali, clinici e sperimentali.

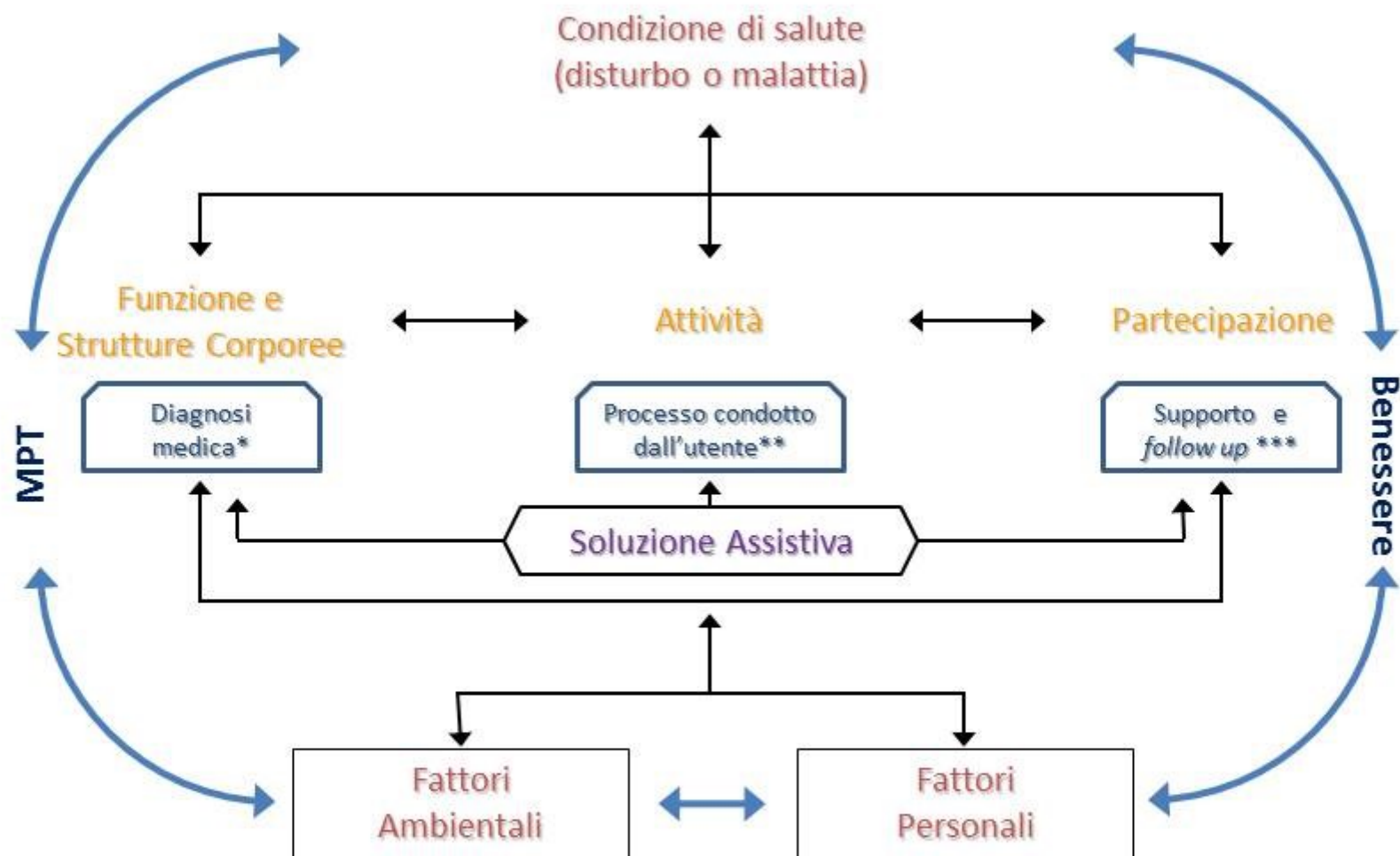
Tale modello cerca di creare una struttura che permetta di costruire o modificare processi di valutazione che tengano in considerazione diverse variabili quali, ad esempio:

- la natura della disabilità,
- la motivazione personale e la partecipazione della persona con disabilità e dei familiari
- il contesto politico e sociale e la disponibilità di risorse umane e finanziarie all'interno di processi condotti dall'utente, utilizzando il modello biopsicosociale dell'ICF come punto di riferimento.

Il modello ATA sotto la lente dell'ICF

Miglior abbinamento tra l'utente/cliente e la soluzione assistiva attraverso l'utilizzo di strumenti che comprendono misure cliniche, analisi funzionale e valutazioni psico-socio-ambientali

La migliore soluzione assistiva può essere raggiunta solo prendendo in considerazione uno specifico contesto d'uso e una TA per il miglioramento della qualità della vita.



* Il medico, lo psicologo, il terapeuta cognitivo, l'optometrista, l'audiologo, lo specialista pediatrico, il geriatra

** lo psicotecnologo, il terapeuta occupazionale, l'architetto, l'ingegnere

*** il terapeuta, l'educatore speciale, il terapeuta occupazionale, lo psicologo, assistente al prodotto, patologo del linguaggio, il fisioterapeuta

Il modello biopsicosociale dell'ICF (2001) e dell'ICF-CY (2007) è la lente attraverso la quale leggere l'ATA process.

L'utente (richiesta) ricerca una soluzione che ricade in uno o più componenti dell'ICF: Strutture e Funzioni Corporee (condizioni di salute), Attività e Partecipazione, Fattori Personali e Ambientali.

La richiesta dell'utente avvia un processo condotto dall'utente (*user-driven*).

Il processo condotto dall'utente inizia con una valutazione delle tecnologie assistive per una soluzione assistiva.

La soluzione assistiva è facilitata dall'utilizzo di strumenti che comprendono misure cliniche, analisi funzionali e valutazioni psico-socio-ambientali.

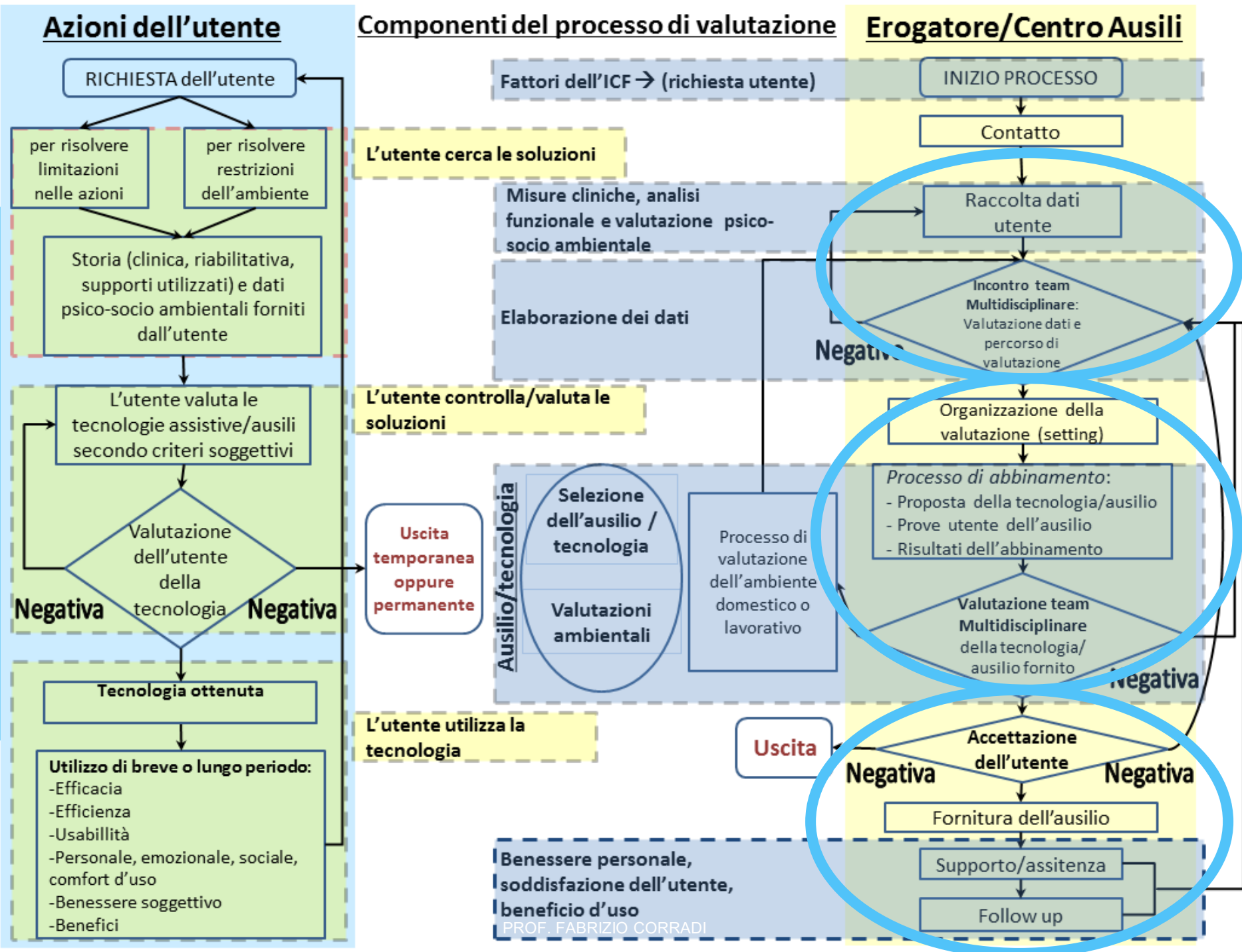
La richiesta dell'utente è soddisfatta mediante il migliore abbinamento tra l'utente/cliente e la soluzione assistiva (includendo il *benessere* dell'utente e la verifica dei benefici ottenuti dall'uso della TA).

Il centro ausili verifica la soddisfazione dell'utente e i benefici ottenuti attivando un supporto al cliente e un *follow-up*. Il benessere dell'utente si considera permanente finché la soluzione assistiva adottata, monitorata dal supporto e dal *follow-up*, dimostri di essere un valido abbinamento.

L'ATA Process

- La valutazione delle tecnologie assistive è un processo **condotto dall'utente** attraverso il quale la selezione di uno o più ausili tecnologici per una **soluzione assistiva** è facilitata dall'utilizzo di strumenti che comprendono **misure cliniche, analisi funzionale e valutazioni psico-socio-ambientali**, che si rivolgono, in uno specifico contesto d'uso, al miglioramento del **benessere personale** dell'utente attraverso il migliore abbinamento tra l'utente/cliente e la soluzione assistiva.

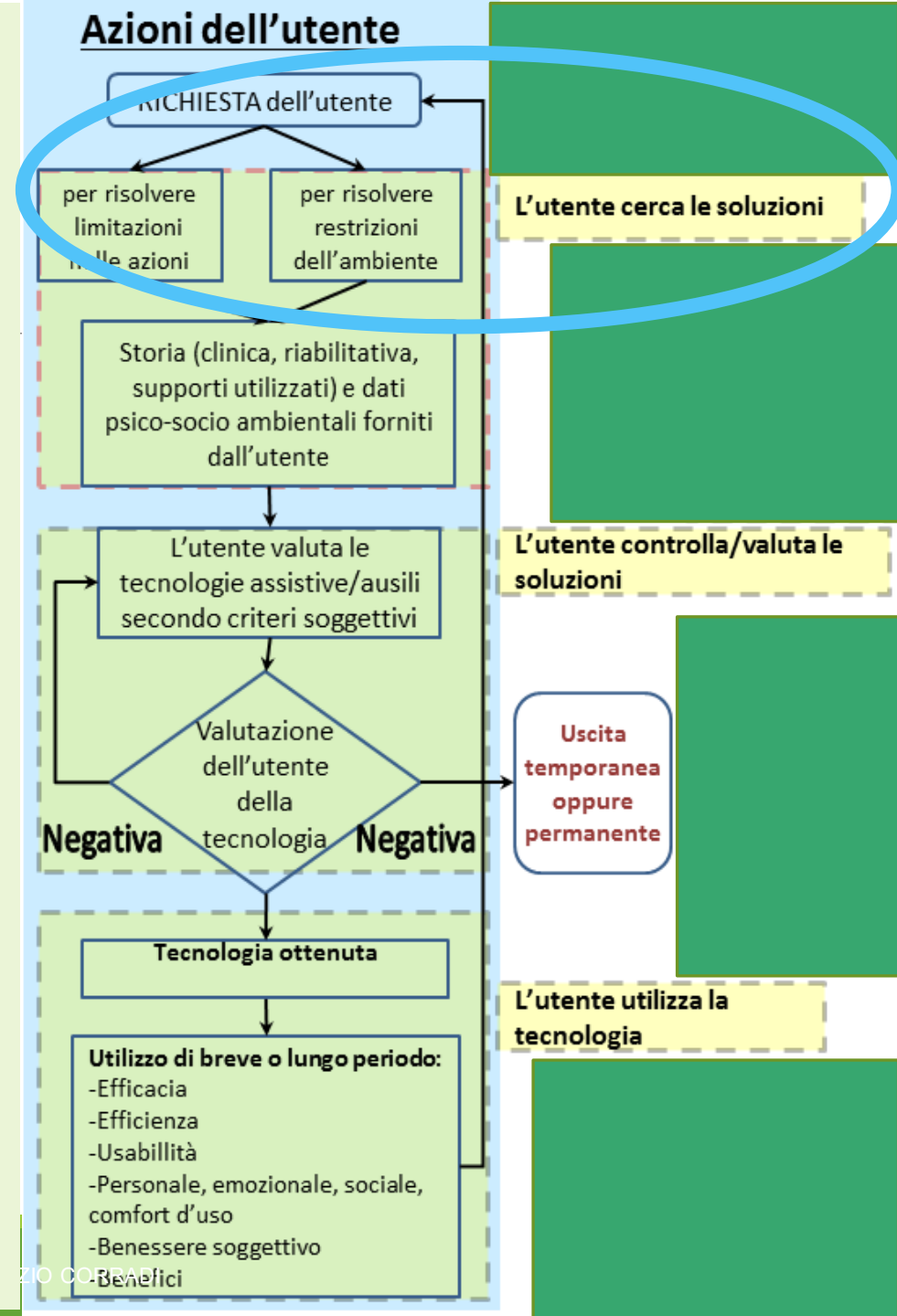
Scherer & Federici, 2012; Scherer, et al., 2010

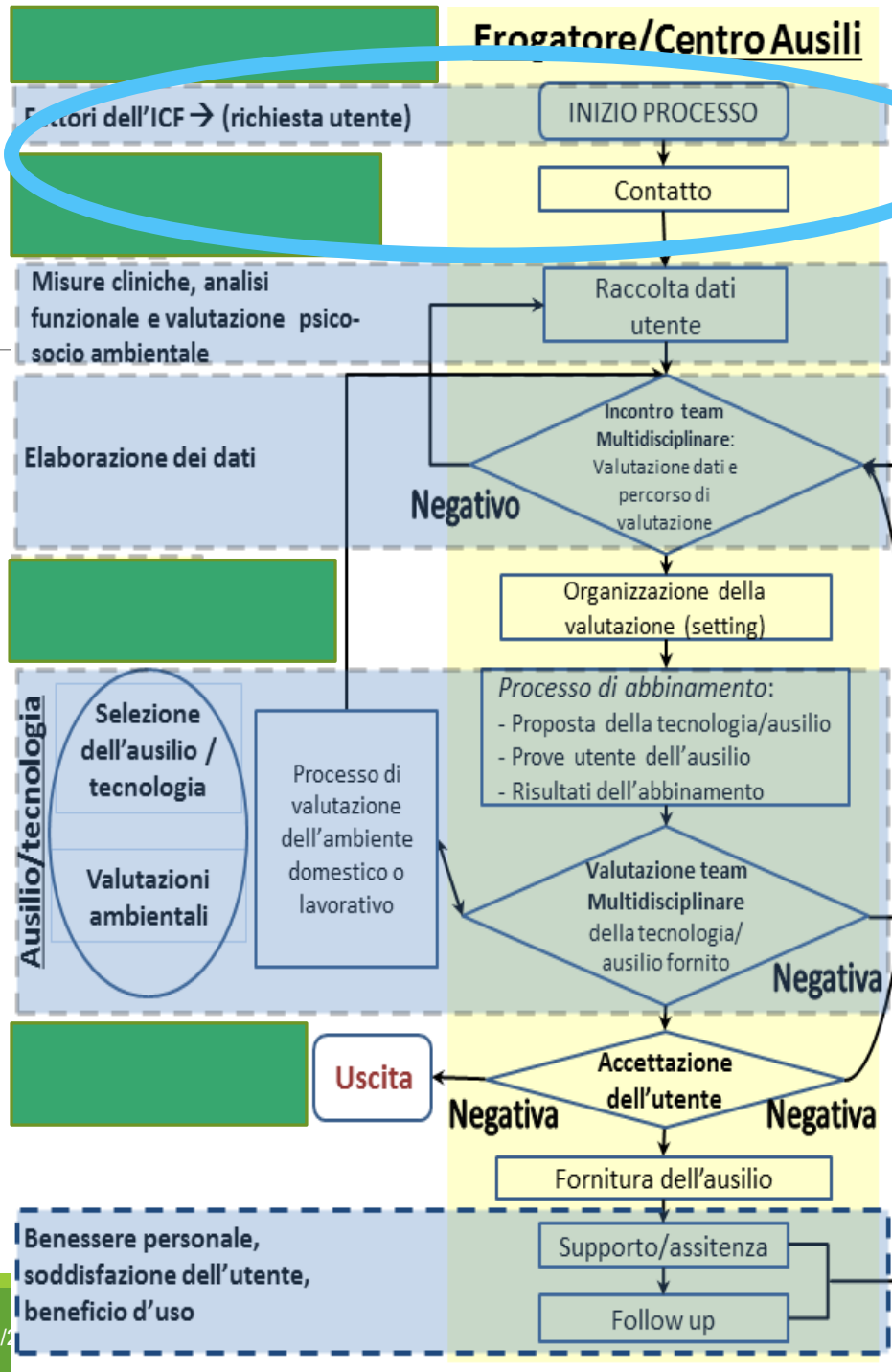


Le azioni dell'utente/cliente: l'ATA process dalla prospettiva dell'utente/cliente

1. L'utente **ricerca una soluzione** che ricade in uno o più componenti dell'ICF: Strutture e Funzioni Corporee (condizioni di salute), Attività e Partecipazione, Fattori Personali e Ambientali.
2. L'utente/cliente fornisce ai professionisti del centro ausili informazioni anamnestiche e dati di natura psico-socio-ambientale per informarli del suo funzionamento e delle ragioni per cui ricerca una soluzione tecnologica.
3. L'utente **verifica la soluzione**, in primo luogo, provando uno o più ausili tecnologici forniti dai professionisti in un setting di valutazione presso il centro ausili o in un altro ambiente idoneo per la valutazione (casa, ospedale, scuola, centro di riabilitazione, ecc.)
4. In secondo luogo, l'utente/cliente valuta se l'ausilio tecnologico proposto dai professionisti è una soluzione adatta a lui.
 - a. Se no, l'utente/cliente esce dal processo senza una soluzione per la sua richiesta, o attende nuovi prodotti tecnologici o nuove soluzioni dei professionisti.
 - b. Se sì, l'utente/cliente procede con il processo di valutazione.
5. L'utente/cliente **adotta la soluzione** dopo aver ottenuto l'ausilio/i tecnologico/i dal sistema sanitario pubblico o da un'assicurazione pubblica o privata.
6. L'utente/cliente, riceve una formazione per l'uso quotidiano della TA,
7. L'utente/cliente accresce il suo benessere personale mentre gli operatori del centro ausili avviano una fase

Azioni dell'utente





Le azioni del centro ausili: l'ATA process dalla prospettiva del centro ausili

1. Il centro ausili accoglie la **richiesta dell'utente** programmando un incontro iniziale in tempi e luogo che soddisfino le esigenze dell'utente/cliente.

2. L'intervista iniziale si focalizza sulla raccolta **delle informazioni anamnestiche e dei dati psico-socio-ambientali** dell'utente.

3. Una volta che l'utente ha fornito i dati richiesti al centro ausili, essi sono raccolti e il fascicolo è aperto e trasmesso al team multidisciplinare.

4. Il team multidisciplinare **valuta i dati** e la richiesta dell'utente.

- Se i dati forniti dall'utente non sono sufficienti a dare inizio al "processo di abbinamento", all'utente è richiesto di fornire ulteriori informazioni e il processo ritorna al punto (b).
- Se i dati forniti dall'utente sono sufficienti a dare inizio al "processo di abbinamento", il team multidisciplinare procede nel fissare un appuntamento con l'utente.

5. Il team multidisciplinare organizza un setting idoneo per la valutazione dell'abbinamento.

6. Il team multidisciplinare, **insieme con l'utente, valuta la soluzione assistiva** proposta, provandola e raccogliendo i dati emersi.

7. Il team multidisciplinare valuta l'esito dell'abbinamento.

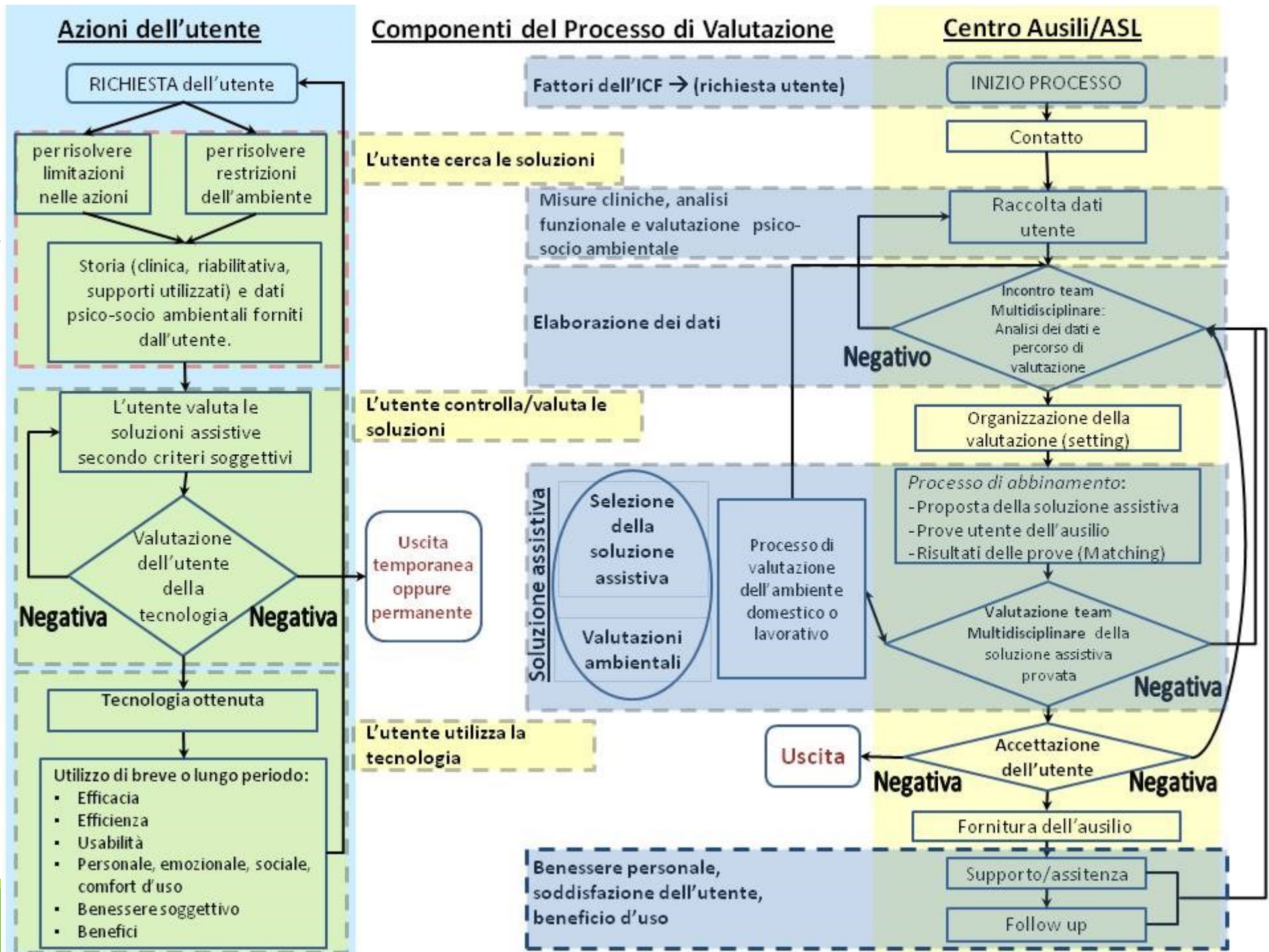
- Se ha avuto successo, il team propone una soluzione assistiva all'utente e fissa un nuovo appuntamento.
- Se non ha avuto successo, il team riparte dal punto (4).
- Qualora la soluzione assistiva proposta richieda una valutazione ambientale, il team inizia il processo di valutazione ambientale.

8. Il team multidisciplinare **propone la soluzione assistiva** all'utente (efficacia).

- Se l'abbinamento non si è rilevato valido (temporaneamente), l'utente non accetta la soluzione proposta e ne richiede una nuova. Il processo riparte dal punto (4).
- Se l'abbinamento non si è rilevato valido e una soluzione alternativa non esiste o non può essere trovata, allora l'utente/cliente può decidere di concludere il processo.
- Se l'abbinamento è valido, il team fornisce la soluzione assistiva.

9. Fornitura della soluzione assistiva.

10. Quando l'ausilio è consegnato all'utente/cliente, si attiva la **fase di follow-up e del supporto all'utente** (efficienza).



Nel cuore dell'abbinamento: MPT



Matching Person and Technology

Il modello del *Matching Person and Technology (MPT)* sostiene che le caratteristiche della persona, l'ambiente e le tecnologie devono essere considerate come interagenti quando si valuta l'assegnazione di un ausilio tecnologico

Approfondimento per studio personale

ICF

STUDIO PERSONALE

I C F – Visione d'insieme

Parte 1 – Funzioni e strutture del corpo

Funzioni e strutture del corpo

MENOMAZIONI

- **Definizioni:**
 - Le menomazioni non sono contingenti all'eziologia o al modo in cui si sono sviluppate; per esempio, la perdita della vista o di un arto può derivare da un'anomalia genetica o da una lesione.
 - Le menomazioni possono essere una parte o un'espressione di una condizione di salute, ma non indicano necessariamente la presenza di una malattia o che l'individuo dovrebbe essere considerato malato.
 - Il concetto di menomazione è più ampio e comprensivo rispetto a quello di disturbo o malattia; per esempio, la perdita di una gamba è una menomazione della struttura corporea, non un disturbo o una malattia.

I C F – Visione d'insieme

Parte 1 – Funzioni e strutture del corpo

Funzioni e strutture del corpo

MENOMAZIONI

- **Definizioni:**
 - Dalle menomazioni possono risultare altre menomazioni; ad esempio l'assenza di forza muscolare può danneggiare le funzioni del movimento, le funzioni del cuore possono essere correlate a un deficit nelle funzioni respiratorie, e una percezione deficitaria può essere correlata con le funzioni del pensiero.
 - I fattori ambientali interagiscono con le funzioni corporee, come nelle interazioni tra qualità dell'aria e respirazione, luce e vista, suoni e udito, stimoli distraenti e attenzione, conformazione del terreno e equilibrio, e temperatura dell'ambiente e regolazione della temperatura corporea.

I C F – Visione d'insieme

Parte 1 – Attività e partecipazione

Attività e Partecipazione

LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ E RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

- **Definizioni:**
 - I domini per la componente **Attività e Partecipazione** sono presentati in un unico elenco che copre l'intera gamma delle **aree di vita**.

I C F – Visione d'insieme

Parte 1 – Attività e partecipazione

Attività e Partecipazione

LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ E RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

- **Definizioni:**
 - Il qualificatore **performance** descrive ciò che un individuo fa nel suo ambiente attuale. Dato che l'ambiente attuale implica un contesto sociale, la performance può anche venire considerata come un coinvolgimento in una «situazione di vita» o «esperienza vissuta» delle persone nel contesto reale in cui vivono.
 - Il qualificatore **capacità** descrive l'abilità di un individuo di eseguire un compito o un'azione. Per valutare l'abilità complessiva dell'individuo, sarebbe necessario utilizzare un ambiente standardizzato in modo da neutralizzare l'impatto della variabilità dei diversi ambienti sull'abilità dell'individuo. Questo ambiente standardizzato può essere:
 - un ambiente reale usato in genere per la valutazione di capacità nell'ambito di test di verifica;
 - nei casi in cui questo non sia possibile, un ambiente predefinito che possa avere un impatto uniforme sull'individuo. Questo tipo di ambiente può essere chiamato ambiente «uniforme» o standard.

I C F – Visione d'insieme

Parte 1 – Attività e partecipazione

Attività e Partecipazione

LIMITAZIONE DELL'ATTIVITÀ E RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

- **Definizioni:**
 - È difficile distinguere tra **Attività** e **Partecipazione** basandosi sui domini nella componente Attività e Partecipazione. Ugualmente non è possibile distinguere tra le prospettive **individuali** e **sociali** sulla base dei domini a causa della variabilità internazionale e delle differenze negli approcci di contesti professionali o teorici.

I C F – Visione d'insieme

Attività e Partecipazione: matrice d'informazione

DOMINI		QUALIFICATORI	
		<i>Performance</i>	<i>Capacità</i>
d1	Apprendimento e applicazione delle conoscenze		
d2	Compiti e richieste generali		
d3	Comunicazione		
d4	Mobilità		
d5	Cura della propria persona		
d6	Vita domestica		
d7	Interazioni e relazioni interpersonali		
d8	Aree di vita fondamentali		
d9	Vita sociale. civile e di comunità		

I C F – Visione d'insieme

Parte 2 – Fattori contestuali

Parte 2. Fattori contestuali

- I Fattori Contestuali rappresentano l'intero background della vita e della conduzione dell'esistenza di un individuo.
- Essi includono **2 componenti**:
 - i **Fattori Ambientali** e
 - i **Fattori Personali**

che possono avere un impatto sull'individuo con una condizione di salute e sugli stati di salute e ad essa correlati di quell'individuo.

Fattori contestuali

Persona

- ☐ genere
- ☐ età
- ☐ stile di coping
- ☐ retroterra sociale
- ☐ istruzione
- ☐ professione
- ☐ esperienze passate
- ☐ stile di personalità



Ambiente

- ☐ prodotti
- ☐ ambiente naturale
- ☐ istituzioni
- ☐ norme sociali
- ☐ cultura
- ☐ ambiente costruito
- ☐ fattori politici
- ☐ natura

I C F – Visione d'insieme

Parte 2 – Fattori ambientali

Fattori Ambientali →

- I fattori ambientali sono organizzati nella classificazione in maniera da evidenziare 2 differenti livelli:

- **Individuale**

l'ambiente personale dell'individuo, inclusi - ma non solo - la casa, il luogo di lavoro e la scuola.

Questo livello include le caratteristiche fisiche e materiali dell'ambiente in cui l'individuo si trova e in cui ha un contatto diretto con altre persone, quali i familiari, i conoscenti, i compagni e gli estranei.

- **Sociale**

le strutture sociali formali e informali, i servizi e le principali interazioni nella comunità o nella società che hanno un impatto sugli individui. Questo livello include organizzazioni e servizi correlati all'ambiente di lavoro, attività della comunità, servizi statali, servizi di comunicazione e trasporto, reti sociali informali e leggi, regolamenti, regole formali e informali, atteggiamenti e ideologie.

ICF – Visione d'insieme

Parte 2 – Fattori Personali

Fattori Personali →

- I fattori personali sono il background personale della vita e dell'esistenza di un individuo, e rappresentano quelle caratteristiche dell'individuo che non fanno parte della condizione di salute o degli stati di salute.
- Questi fattori comprendono:
 - il sesso, la razza, l'età, altre condizioni di salute, la forma fisica, lo stile di vita, le abitudini, l'educazione ricevuta, la capacità di adattamento, background sociale, l'istruzione, la professione e l'esperienza passata e attuale (eventi della vita passata e eventi contemporanei), modelli di comportamento generali e stili caratteriali, che possono giocare un certo ruolo nella disabilità a qualsiasi livello.
- **I fattori personali non sono classificati nell'ICF.**

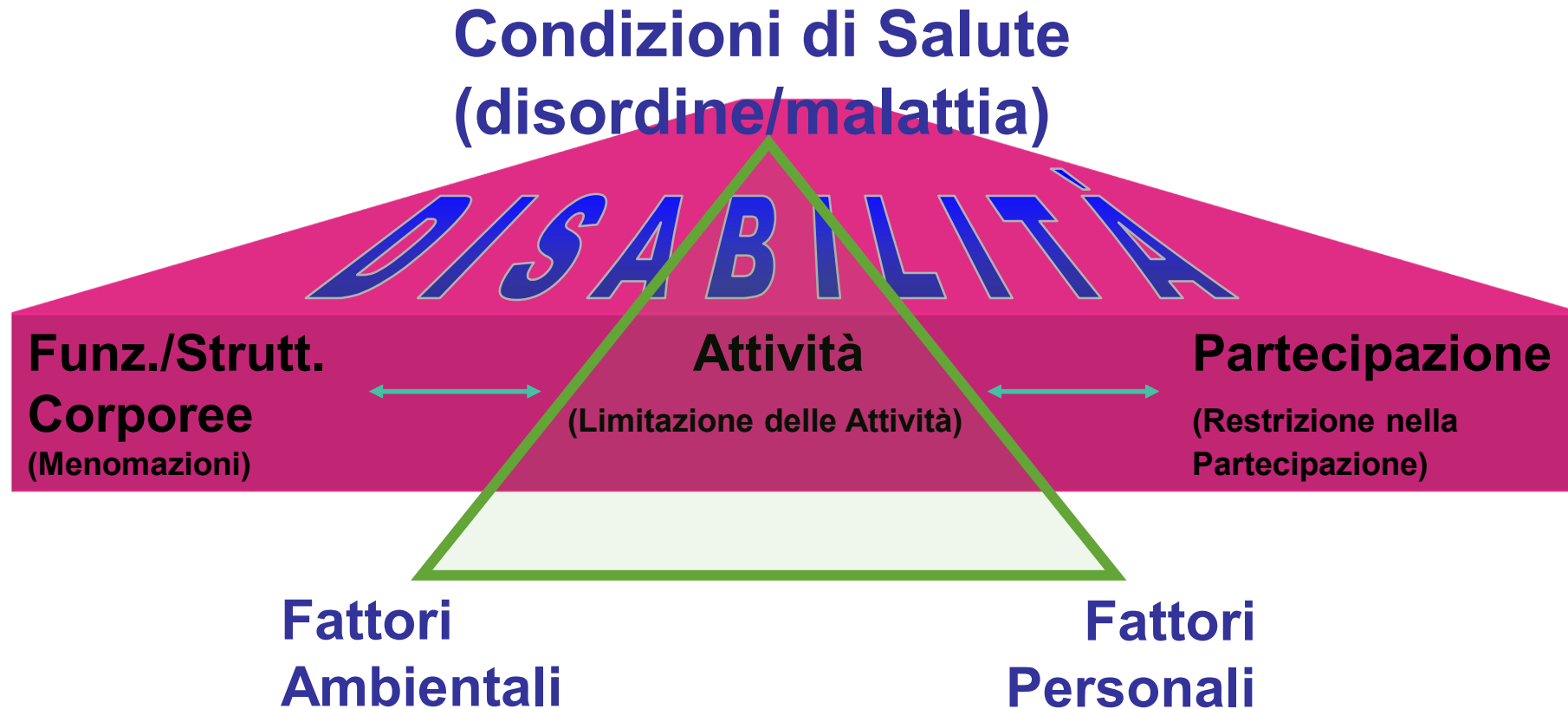
ICF

Modello biopsicosociale

Modello biopsicosociale:

- L'ICF è basato su una integrazione di questi 2 modelli di disabilità, medico e sociale, estremi.
- Per cogliere l'integrazione delle varie dimensioni del funzionamento, l'approccio utilizzato è di tipo **biopsicosociale**

Dal modello dell' ICIDH – 1980
al modello del' ICF – 2001



Fondamenti dell' ICF

☐ **Funzionamento Umano**

- non semplicemente disabilità

☐ **Modello Universale**

- non un modello di minoranza

☐ **Modello Integrato**

- non solo medico o sociale

☐ **Modello Interattivo**

- non progressivo lineare

☐ **Parità**

- non eziologica causalità

☐ **Inclusivo**

- contesto: ambiente e persona

☐ **Culturalmente applicabile**

- non concetti occidentali

☐ **Operativo**

- non solo teoricamente condotto

ICF in termini semplici

Il tuo **corpo** non **funziona** bene

Sei **limitato** nelle tue **attività**

Trovi **barriere** nella **società**

Dimensioni del Funzionamento & Disabilità

CORPO	ATTIVITÀ	PARTECIPAZIONE
<p>CORPO Funzioni/ Strutture <i>(menomazione)</i></p>	<p>PERSONA Attività <i>(limitazione)</i></p>	<p>SOCIETÀ Partecipazione <i>(restrizione)</i></p>

Schizofrenia

CORPO	ATTIVITÀ	PARTECIPAZIONE
Elaborazione dell'informazione	Deficit nelle funzioni parentali Disfunzioni nel Lavoro	Impedimento occupazionale, Stigmatizzazione

Epilessia

CORPO	ATTIVITÀ	PARTECIPAZIONE
Perdita transitoria della Coscienza	nessuna	divieto di guida

Sclerosi Multipla

CORPO	ATTIVITÀ	PARTECIPAZIONE
<p>Stanchezza Comunitaria Linguaggio Debolezza nei Muscoli</p>	<p>cura si sé</p> <p>faccende domestiche maneggiare oggetti</p>	<p>Partecipazione</p> <p>Impiego Assenza di dispositivi spec.</p>

Riflessione

Positivo vs negativo....

Cosa si intende per ICF in termini positivi....

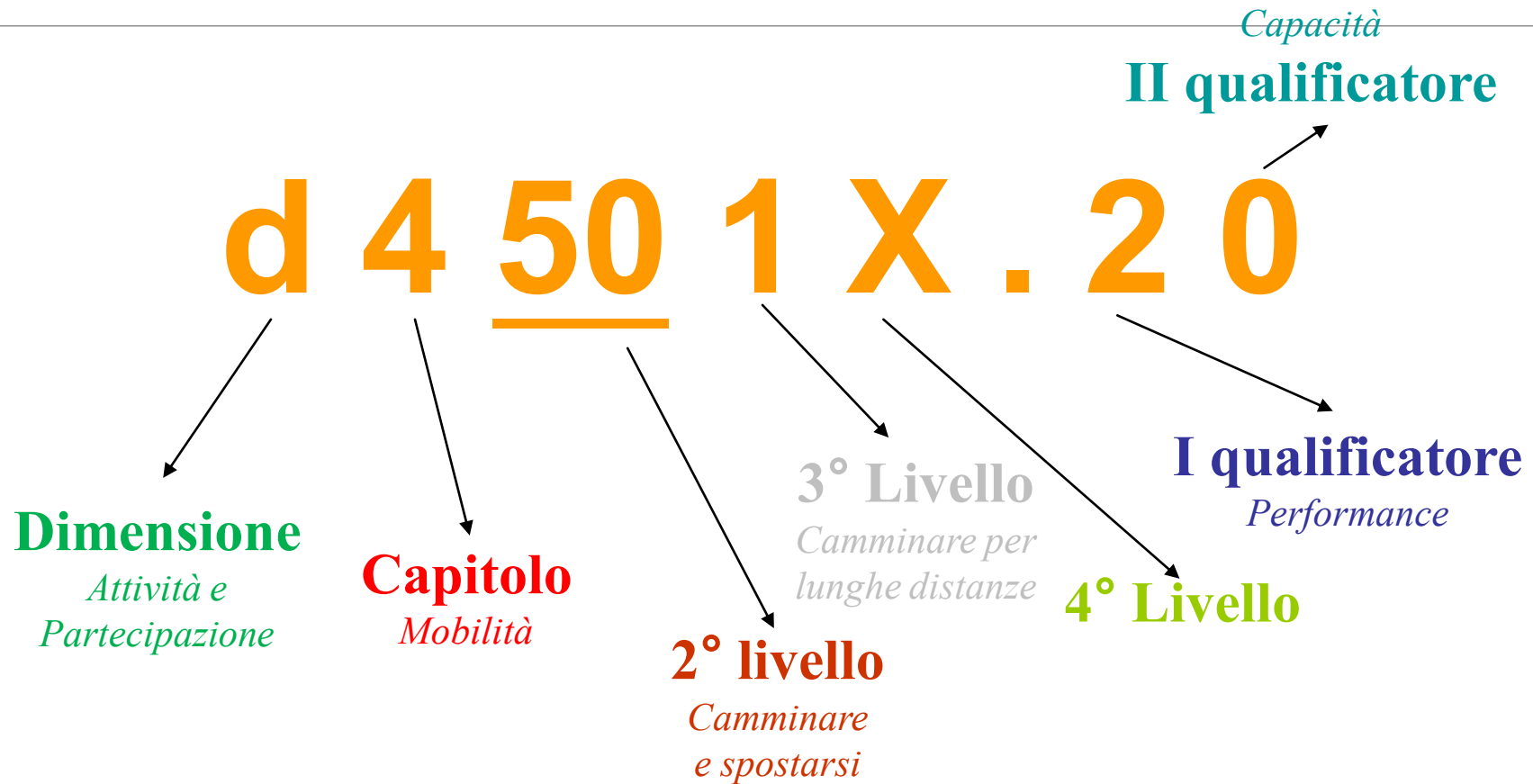
ICF

Qualificatori

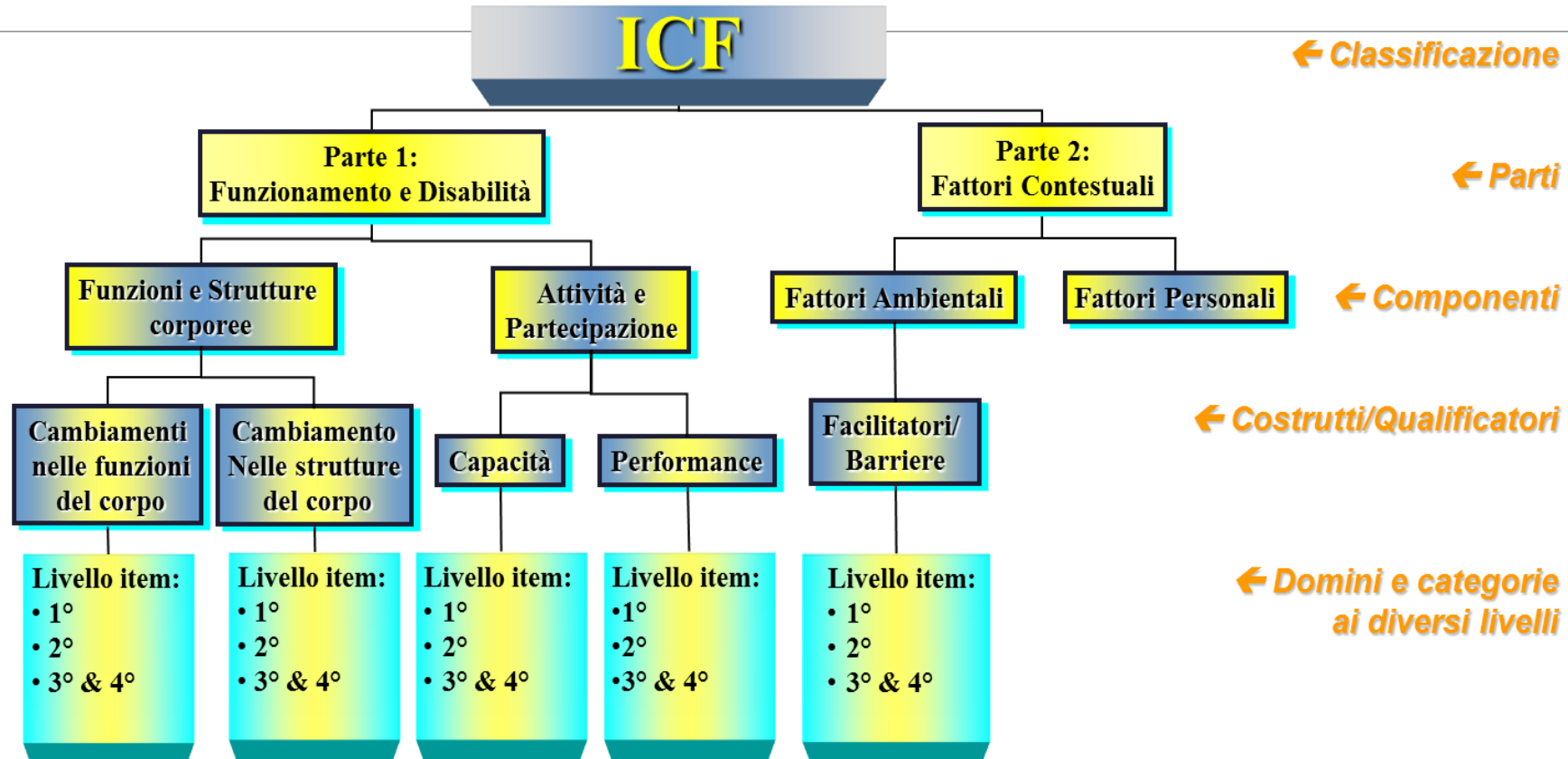
Componenti	Primo qualificatore	Secondo qualificatore
Funzioni corporee (b)	<p>Qualificatore generico con significato negativo per indicare il grado o l'entità di una menomazione</p> <p><i>Esempio: b167.3 per indicare una grave menomazione relativa a specifiche funzioni del linguaggio</i></p>	Nessuno
Strutture corporee (s)	<p>Qualificatore generico con significato negativo per indicare il grado o l'entità di una menomazione</p> <p><i>Esempio: s730.3 per indicare una grave menomazione nell'arto superiore</i></p>	<p>Usato per indicare la natura del cambiamento nella relativa struttura corporea</p> <p>0 nessun cambiamento nella struttura; 1 assenza totale; 2 assenza parziale; 3 parte in eccesso; 4 dimensioni anormali; 5 discontinuità; 6 posizione deviante; 7 cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluidi; 8 non specificato; 9 non applicabile</p> <p><i>Esempio: s730.32 per indicare la parziale assenza dell'arto superiore</i></p>
Attività e partecipazione (d)	<p>Performance</p> <p>Qualificatore generico</p> <p>Problema nell'ambiente attuale della persona</p> <p><i>Esempio: d5101.1_ per indicare lieve difficoltà nel farsi il bagno con l'uso di ausili che sono disponibili per la persona nel suo ambiente attuale.</i></p>	<p>Capacità</p> <p>Qualificatore generico</p> <p>Limitazione senza assistenza</p> <p><i>Esempio: d5101._2 per indicare lieve difficoltà nel farsi il bagno. Indica che c'è una difficoltà media senza l'uso di ausili o assistenza personale</i></p>
Fattori ambientali (e)	<p>Qualificatore generico con significato negativo e positivo per indicare rispettivamente l'entità delle barriere o dei facilitatori.</p> <p><i>Esempio: e130.2 per indicare che i prodotti per l'istruzione sono una barriera media. Viceversa, e130+2 indicherebbe che i prodotti per l'istruzione sono un facilitatore medio.</i></p>	Nessuno

ICF

Codice alfanumerico



Struttura dell' ICF



ICF

Qualificatori Uniformi

0	Nessun problema	0-4 %
1	LEGGERO	5-24 %
2	MODERATO	25-49 %
3	SEVERO	50-95 %
4	TOTALE	96-100 %
8	non specificato	
9	non applicabile	

ICF

Qualificatori per Fattori Ambientali

-0 NESSUNA barriera	(assente, trascurabile...)	0-4 %
-1 LIEVI barriere	(leggere, piccole...)	5-24 %
-2 MEDIE barriere	(moderate, discrete...)	25-49 %
-3 GRAVI barriere	(notevoli, estreme...)	50-95 %
-4 COMPLETE barriere	(totali...)	96-100 %
+0 NO facilitatore	(assente, trascurabile...)	0-4 %
+1 MILD facilitatore	(leggeri, piccoli...)	5-24 %
+2 MODERATE facilitatore	(moderati, discreti...)	25-49 %
+3 SEVERE facilitatore	(notevoli, estremi...)	50-95 %
+4 COMPLETE facilitatore	(totali...)	96-100 %

Esempio 1

Una menomazione che non porta a limitazioni nella capacità né a restrizione nella partecipazione.

- Un bambino nasce privo di un'unghia in una mano.
 - Questa malformazione è una menomazione strutturale, ma non interferisce con la funzionalità della mano né con le azioni che il bambino può compiere con essa, pertanto non sono ravvisabili limitazioni nella capacità. Allo stesso modo, può non verificarsi un problema di partecipazione sociale – come, ad esempio, subire derisioni o essere esclusi dal gioco con gli altri bambini – a causa di questa malformazione.
- Il bambino, quindi, non ha limitazioni di capacità o problemi nella partecipazione.

Esempio 2

Una menomazione che non porta a limitazioni nella capacità ma provoca problemi di partecipazione.

- Un bambino diabetico ha una menomazione funzionale: il pancreas non produce insulina.
 - Il diabete può essere controllato con la somministrazione di farmaci (cioè di insulina). Quando le funzioni corporee (i livelli di insulina) sono sotto controllo, alla menomazione non viene associata alcuna limitazione della capacità.
 - Tuttavia, il bambino diabetico può sperimentare un problema di partecipazione nel socializzare con amici o compagni in situazioni che coinvolgono la sfera dell'alimentazione, dato che dovrà limitarsi nell'assunzione di zuccheri. L'assenza di cibo adatto a lui può creare una barriera alla piena partecipazione sociale. Per questa ragione il bambino non riuscirà a socializzare a pieno nell'ambiente attuale, a meno che non vengano presi dei provvedimenti per assicurare che gli venga fornito cibo appropriato, nonostante l'assenza di limitazioni nella capacità.

Esempio 3

Una menomazione che porta a limitazioni nella capacità e, a seconda delle circostanze, può produrre o no problemi di partecipazione.

- Una variazione significativa nello sviluppo intellettuale rappresenta una menomazione mentale (ritardo), che può portare a una certa limitazione in varie capacità della persona.
- I fattori ambientali, tuttavia, possono influire sul grado di partecipazione dell'individuo in diverse sfere di vita.
 - Ad esempio, un bambino con una menomazione mentale potrebbe sperimentare uno svantaggio ridotto in un ambiente in cui le aspettative non sono elevate per tutta la popolazione in generale e in cui viene dato al bambino un insieme di semplici compiti da portare a termine. In questo ambiente il bambino avrà buone performance in diverse situazioni di vita (cioè avrà buona partecipazione sociale).
 - Un bambino con una menomazione simile, che cresce invece in un ambiente competitivo e con aspettative di rendimento scolastico elevate e rigide, potrebbe sperimentare maggiori problemi di partecipazione in varie situazioni di vita rispetto al bambino la cui condizione è stata esaminata precedentemente.

Appendice 1: Il modello medico e il modello sociale a confronto



Modello medico /1

origini storiche

Nel periodo immediatamente seguente la **Seconda Guerra Mondiale**, l'assistenza sociale e sanitaria per le persone disabili fu caratterizzata da una formale preoccupazione umanitaria per i **mutilati di guerra**.

In questo contesto, le valutazioni delle funzioni furono orientate verso un semplice **calcolo aritmetico rispetto agli effetti del danno e del deficit** in particolari arti.

Fu assunto che la misurazione della menomazione fosse **sufficiente a fornire una base per valutare i bisogni di una persona disabile**.

Modello medico /2

definizioni e conseguenze

Disabilità →

- **impedimento biologico permanente**

Le persone disabili →

- meno (in)abili rispetto ad individui **normali**

Conseguenze →

- **l'individuo che non può essere riparato da un intervento professionale rimane deficiente**

Modello medico /3

Diagnosi e Cura



Modello medico /4

LIMITI

Ruolo sociale inappropriato e stigmatizzante del disabile →

- conseguenza di un pregiudizio basato su **differenze fisiche socialmente visibili che costituirebbero una forma di devianza sociale**, che legittima comportamenti che esonerano la persona con disabilità dalla responsabilità sociale e dall'assunzione di ruoli normali.
- Le persone con disabilità devono assumere un **ruolo di malati**, di “buoni pazienti” cercando attivamente di recuperare.
- Come vittime innocenti di una malattia o di un trauma le persone con disabilità sono **trattate con indulgenza e pietà**.

Dimensioni sociali della disabilità sottostimate se non ignorate

- Per la sua enfasi sulla menomazione il modello biomedico **si concentra sul funzionamento dell'individuo ignorando le dimensioni sociali**.
- L'**adattamento dell'individuo all'ambiente** rimane il compito sociale primario da perseguire.
- Gli obiettivi di riconoscimento di diritti di eguaglianza ed integrazione saranno valutati come meno importanti degli obiettivi basati su bisogni di tipo medico.

I bisogni individuali saranno ridotti a bisogni di tipo medico

- valutati da una prospettiva medica che predeterminerà una **gerarchia dei bisogni** individuali in base al criterio di bisogni primari per la sopravvivenza.

Modello medico /5

VANTAGGI

Neutralità eziologica

- Sebbene l'eziologia è un elemento centrale della spiegazione scientifica di una menomazione e pertanto la base per determinare il bisogno medico, pur tuttavia, da un punto di vista clinico, non è particolarmente rilevante come un paziente ha sviluppato la menomazione. **Un paziente è un paziente, sia se la menomazione è stata causata da se stesso o è l'esito di un incidente, un epidemia, o di un'azione intenzionale di altri.**
- Il principale effetto di questo punto centrato sui bisogni, come opposto alla responsabilità, è minare una credenza intorno ad un'origine remota della menomazione, il credo cioè, che la menomazione e le stesse cause della sofferenza, sono meritate come punizione di precedenti peccati.

La dimensione del corpo

- La prospettiva del modello medico ci invita a non sottovalutare la dimensione del corpo e delle dimensioni della salute e della malattia connesse alla disabilità.

Modello sociale /1 PROSPETTIVA

La *disabilità* è compresa da un prospettiva sociologica per cui essa è *culturalmente prodotta e socialmente strutturata*

- al livello delle esperienze delle persone con disabilità c'è un livello di svantaggi e limitazioni che sono da ricondurre a *come le persone reagiscono* – le loro attitudini e comportamenti – e non alle loro incapacità

Modello sociale /2

MODALITÀ DI INTERVENTO

Socio politico per l'abbattimento delle barriere ambientali intese sia come barriere fisiche che culturali.

- la **disabilità è il prodotto di un determinato ambiente sociale**, per cui la responsabilità della disabilità deve essere ricondotta alle strutture sociali che la determinano: soltanto **interventi di tipo sociopolitico** possono ridurre le cause disabilitanti.

Modello sociale /3

POLITICHE DI INTERVENTO

La *dimensione politica* di questo modello è riconosciuta da tutti gli aderenti al modello ed è considerata sia uno *strumento di ricerca*, per la comprensione e la spiegazione della disabilità, sia il fondamento di movimenti politici (Oliver, *The Politics of Disablement*).

Le *risposte terapeutiche e riabilitative non possono avvenire in un vuoto sociale*. Diversamente, il successo riabilitativo e terapeutico avviene soltanto se i bisogni individuali sono riletti all'interno dell'ambiente entro cui la persona con disabilità interagisce.

Il *ruolo specifico di un terapeuta deve essere quello di orchestrare dei mutamenti ambientali* tali da favorire la piena partecipazione delle persone.

Modello sociale /4

LIMITI

La dimensione corporea/individuale

- La disabilità non ha nulla a che fare con le dimensioni individuali della salute e della malattia
- Si deve supporre che esista uno svantaggio legato a specifiche menomazioni fisiche o mentali?
- È difficile individuare modalità per misurare il miglioramento.

La dimensione sociopolitica

- Se la disabilità è solo un “costrutto sociale”, come è possibile indirizzare politiche di intervento che tengano conto della specifica “differenza” di una persona con disabilità?

La dimensione ambientale

- Non è sempre così chiaro in che modo l’ambiente crei (come unica causa) la *disabilità*.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Ianes D. e Cramerotti S. (2009), Piano Educativo Individualizzato Progetto di vita. Volume I: La metodologia e le strategie di lavoro, Trento, Erickson;
- ❖ Ianes D. e Cramerotti S. (2009), Piano Educativo Individualizzato Progetto di vita. Volume III: Raccolta di buone prassi di PEI compilati e commentati, Trento, Erickson;
- ❖ OMS (2007), ICF-CY, Trento, Erickson;
- ❖ Decreto Legislativo 66/2017, MIUR
- ❖ 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
- ❖ Pradal M., De Polo G., Simonetti U., Durante M., Martinuzzi A., La classificazione ICF-CY per l'inclusione scolastica degli alunni con disabilità in provincia di Treviso, in AAVV "ICF e convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità", Erickson, Trento, 2009, pp. 123-147.
- ❖ Zola, I. K. (1993). Disability Statistics, What We Count and What It Tells Us: A Personal and Political Analysis. *Journal of Disability Policy Studies*, 4(2), 9-39.

BIBLIOGRAFIA

- ❖ Marc Prensky, *La mente aumentata. Dai nativi digitali alla saggezza digitale*, Edizioni Erickson, 2013
- ❖ Davide Parmigiani, *Tecnologie di gruppo. Collaborare in classe con i media*, Edizioni Erickson, 2009
- ❖ Massimo Fagioli, *Fare didattica nella classe multimediale*, Giunti Scuola, 2013
- ❖ Stefano Federici e Marcia J. Sherer (a cura di Aldo Stella), *Manuale di valutazione delle tecnologie assistive*, Pearson Milano, 2013
- ❖ Amy G. Dell, Deborah A. Newton, Kerry G. Petroff, *Assistive Technology in the classroom*, Pearson, 2012
- ❖ Calvani A., Fini A., Ranieri M. *la competenza digitale nella scuola*, Erickson, 2010
- ❖ AA.VV., *Piano Nazionale Scuola Digitale*, MIUR, 2015
- ❖ Consolo Rosanna e Corradi Fabrizio, *Lezioni del Corso di Specializzazione per il Sostegno della LUMSA*, LUMSA, 2015-2016

SITOGRAFIA

www.who.com

www.icfinitaly.it

www.lanostrafamiglia.it

www.erickson.it