

L'utilizzo dell'ICF-CY nel contesto scolastico.

Dott.ssa Federica Bartoletti
federica.bartoletti@unibo.it

1 APRILE 2016

**PER ESSERE EDUCATORE O INSEGNANTE CI
VUOLE UN PROGETTO.**

**PER FARE UN PROGETTO CI VUOLE UN
PROBLEMA.**

**SFORTUNATO L'EDUCATORE O L'INSEGNANTE
CHE NON INCONTRA MAI NEMMENO UN
PROBLEMA.**

“E’ dannoso il sogno
ed è inutile fantasticare
bisogna sopportare la noia del lavoro.

Ma capita che la vita
si mostri sotto un altro profilo
e le cose grandi
le capisci
attraverso una sciocchezza.”

Vladimir Majakowski

Due classi di questo anno scolastico nei corsi leFP, dove sono consulente pedagogica ed insegnante di italiano e storia, sono così composte: **Una classe: 15 allievi**

- 3 ragazzi sono italiani, due di questi pluriripetenti (18 anni) in diversi istituti superiori ed anche presso questo ente di formazione dove lo scorso anno sono stati bocciati per abbandono del corso durante il primo quadrimestre, l'altro si è appena trasferito in città ed ha frequentato il primo anno in un istituto toscano (15 anni)

-1 ragazzo (17 anni) è rumeno e dopo un anno presso istituto scolastico, lo scorso anno è stato bocciato anche presso il nostro ente per scarsa frequenza.

-2 ragazzi sono albanesi, trasferiti da poco in città e con percorsi scolastici precedenti in altre Regioni, uno è ripetente.

-6 ragazzi sono senegalesi, due non scolarizzati, due fratelli stesso padre madri diverse, tutti arrivati con le famiglie in Italia dai 3 ai 8 mesi fa. Le età vanno dai 15 ai 19 anni, uno di loro oltre alla non conoscenza della lingua italiana, alla scrittura (nè in francese nè in wolof), ha delle difficoltà di dizione collegate alle balbuzie ed un forte deficit visivo.

-1 ragazzo è pakistano, arrivato da solo in Italia 5 mesi fa, vive in comunità, parla bene l'inglese ma per nulla l'italiano, ha 17 anni.

-1 ragazzo è kirghiso, molto scolarizzato parla bene la sua lingua ed il russo, arrivato in Italia con la famiglia 3 mesi fa, ha 15 anni.

-1 ragazzo è peruviano, ha 17 anni ed è arrivato da alcuni mesi in Italia con la famiglia. Si è iscritto dopo due mesi di avvio del percorso formativo, non ha perciò partecipato alla prima uscita di due giorni in autogestione ed è perciò poco conosciuto ed osservato sia dai docenti che dai coetanei.

Altra classe: 16 allievi

- 8 ragazzi sono italiani, 3 di questi pluriripendenti (18 anni) in diversi istituti superiori, 4 bocciati al primo anno di istituto superiore. (un ragazzo è stato bocciato due anni al liceo scientifico, ha frequentato un anno e mezzo un istituto tecnico per elettricisti, poi ha frequentato un anno presso un istituto alberghiero). Un ragazzo ha diagnosi di DSA, un altro ha certificazione 104 (lieve ritardo mentale associato a ADHD e DOP). Infine vi è un ragazzo che per non avendo diagnosi è DSA. Uno dei ragazzi vive in un gruppo appartamento da pochi mesi per delle difficoltà familiari.
- 4 ragazzi sono albanesi, due arrivati da 6 mesi in Italia e due che hanno frequentato la scuola secondaria di primo grado in Italia (un ragazzo è DSA). Dei due ragazzi appena arrivati uno parla bene l'italiano pur avendo difficoltà nello scritto, è arrivato da solo e vive in un gruppo appartamento per minori, l'altro non conosce affatto italiano.
- 1 ragazzo è moldavo, arrivato 6 mesi fa in Italia con la famiglia, non parla affatto italiano, ma molto bene l'inglese.
- 1 ragazzo è rumeno, arrivato in Italia un anno fa con la famiglia parla e scrive in italiano in maniera imprecisa ma comprensibile
- 1 ragazzo è bulgaro, arrivato da pochi mesi in Italia con la famiglia, non parla affatto italiano.
- 1 ragazzo è di origini colombiane, vive e ha studiato in Italia da quando è nato. Le età variano da 15 anni ai 19 anni, 5 sono anche in situazione di messa alla prova dal tribunale minorile, molti stanno frequentando al pomeriggio corsi di alfabetizzazione e per l'ottenimento della licenza di scuola secondaria di primo grado.

L'INTEGRAZIONE SCOLASTICA DI QUALITA'

HA BISOGNO DI MOLTI PROCESSI, A TUTTI I LIVELLI E IN TANTI
AMBITI PROFESSIONALI E UMANI:

- politiche scolastiche,
- istituzioni
- enti locali
- docenti
- alunni
- famiglie
- operatori sociali e sanitari
- le culture e gli approcci metodologici nell'educazione e nella didattica
- le realta' associative e culturali del territorio

Atto di indirizzo e coordinamento relativo ai compiti delle unità sanitarie locali (Decreto del Presidente della Repubblica 24 febbraio 1994)

...le unità sanitarie localiassicurino l'intervento medico cognitivo sull'alunno in situazione di handicap, necessario per le finalità di cui agli articoli 12 e 13 della legge n. 104 del 1992, da articolarsi nella compilazione:

- a) di una diagnosi funzionale del soggetto;
- b) di un profilo dinamico funzionale dello stesso;
- c) per quanto di competenza, di un piano educativo individualizzato, destinato allo stesso alunno in situazione di handicap.

Diagnosi funzionale

si intende la descrizione analitica della compromissione funzionale dello stato psicofisico dell'alunno in situazione di handicap, al momento in cui accede alla struttura sanitaria per conseguire gli interventi previsti dagli articoli 12 (diritto all'educazione e all'istruzione) e 13 (integrazione scolastica) della legge n. 104 del 1992

Diagnosi funzionale

Unità multidisciplinare: medico specialista nella patologia segnalata, specialista in neuropsichiatria infantile, terapeuta della riabilitazione, operatori sociali.

La diagnosi funzionale deriva dall'acquisizione di elementi clinici e psico-sociali. Gli elementi clinici si acquisiscono tramite la visita medica diretta dell'alunno e l'acquisizione dell'eventuale documentazione medica preesistente. Gli elementi psico-sociali si acquisiscono attraverso specifica relazione in cui siano ricompresi:

- a) i dati anagrafici del soggetto;
- b) i dati relativi alle caratteristiche del nucleo familiare (composizione, stato di salute dei membri, tipo di lavoro svolto, contesto ambientale, ecc.).

Diagnosi funzionale

- **l'anamnesi fisiologica e patologica** prossima e remota del soggetto, con particolare riferimento alla nascita (in ospedale, a casa, ecc.), fasi dello sviluppo neuro-psicologico da zero a sedici anni ed inoltre alle vaccinazioni, alle malattie riferite e/o repertate, agli eventuali periodi di ospedalizzazione, agli eventuali programmi terapeutici in atto, agli eventuali interventi chirurgici, alle eventuali precedenti esperienze riabilitative;
- **diagnosi clinica**, redatta dal medico specialista nella patologia segnalata (rispettivamente neuropsichiatra infantile, otorinolaringoiatra, oculista, ecc.), ...: la stessa fa riferimento all'eziologia ed esprime le conseguenze funzionali dell'infermità indicando la previsione dell'evoluzione naturale.

E' finalizzata al recupero del soggetto, deve tenere particolarmente conto delle potenzialità registrabili in ordine ai seguenti aspetti:

- a) Cognitivo (livello di sviluppo raggiunto e capacità di integrazione delle competenze)
- b) Affettivo-relazionale (livello di autostima e rapporto con gli altri)
- c) Linguistico (comprensione, produzione e linguaggi alternativi)
- d) Sensoriale (tipo e grado di deficit, vista, udito e tatto)
- e) Motorio-prassico (motricità globale e motricità fine)
- f) Neuropsicologico (memoria, attenzione e organizzazione spazio temporale)
- g) Autonomia personale e sociale.

Avrebbe dovuto essere non tanto la descrizione “**delle funzioni**” intese come capacità della persona con disabilità, ma “**funzionale**” nel senso “che serve a”

un intervento educativo e didattico adeguato ed è in grado di guidare l'insegnante nella scelta degli obiettivi appropriati e dei metodi di lavoro efficaci sulla base delle caratteristiche peculiari dell'alunno in difficoltà.

Non si può quindi delegare la diagnosi funzionale esclusivamente ai tecnici specialisti, con l'aspettativa illusoria che essi forniscano agli insegnanti un "distillato" prodigioso di conoscenze e di linee operative, miracolosamente capace di metterli in condizione di lavorare adeguatamente, risolvendo ogni dubbio e difficoltà.

La legge finanziaria n°289/2002

- Torna a parlare di criteri di certificazione riferendosi all'ICD10 dell'OMS solo per la definizione delle situazioni di particolare gravità.
- All'art. 2 comma 4 parla di diagnosi funzionale riportandola alle competenze dell'unità multidisciplinare dell'ASL e prevedendo che debba essere fatta secondo i criteri dell'ICF dell'OMS

La diagnosi da sola non è predittiva di:

- Servizi richiesti
- Livello di assistenza
- Ricezione di sussidi/pensioni di disabilità
- Capacità lavorativa
- Integrazione sociale

Diagnosi + Stato Funzionale possono prevedere:

- Utilizzazione dei servizi sanitari
- Progettazione di percorsi formativi, educativi
- Ritorno al lavoro
- Capacità lavorativa
- Recupero dell'integrazione sociale

La famiglia delle classificazioni dell'OMS inerenti l'handicap e la disabilità

- **ICIDH (1980)** Classificazione internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap
- **ICIDH-2 Bozza Beta 1 (1997)** Classificazione internazionale delle menomazioni, attività e partecipazione
- **ICIDH-2 Bozza Beta2 (1999)** Classificazione internazionale del funzionamento e delle disabilità
- **ICIDH-2 Bozza Prefinale/Finale (2000)** Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute
- **ICF (2001)** Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute
- **ICF -CY (2007)** Classificazione internazionale del funzionamento, disabilità e salute (versione per bambini e adolescenti)

LA FILOSOFIA *ICF*

L'ICF rivoluziona l'approccio alla
disabilità;

Introduce la logica del
«funzionamento» nella valutazione
della salute;

Offre le basi teorico/scientifiche per
l'identificazione dei BES.

La definizione di disabilità su base ICF

Il termine Handicap scompare ed è sostituito (inglobato) dal termine disabilità (Disability)

L'Organizzazione Mondiale della Sanità, nel 2001, ha definito la disabilità come *la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo.*

World Health Organization, *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*, Geneva, Switzerland 2001.

Differenza tra menomazione e disabilità

- La menomazione è una caratteristica individuale, come la perdita di un arto o di una funzione, ad esempio della vista;
- La disabilità, invece, è una limitazione funzionale che avviene quando la persona non trova in se stessa e nel proprio contesto di vita i supporti necessari per superare gli ostacoli dati dalla menomazione.

SALUTE

“La salute, intesa come stato di completo benessere fisico, mentale e sociale, e non soltanto come assenza di malattia e di infermità, è un diritto fondamentale dell’essere umano, e l’accesso al più alto grado possibile di salute è un obiettivo sociale di estrema importanza che interessa il mondo intero e presuppone la partecipazione di molti altri comparti socio-economici oltre a quello sanitario” (OMS).

Qualità di vita

“Qualità di vita è la percezione soggettiva che un individuo ha della propria posizione nella vita, nel contesto di una cultura e di un insieme di valori nei quali egli vive, anche in relazione ai propri obiettivi, aspettative e preoccupazioni” (OMS).

QdV e Disabilità

L'applicazione del concetto di *QdV* alle persone con disabilità, ha messo in luce che persone con disabilità comparabili possono manifestare livelli di benessere diversi; come pure, che il recupero della funzionalità a livello organico non è necessariamente seguito dall'incremento del benessere psicologico della persona, e questo perché la *QdV* è espressione del peculiare intreccio tra le dimensioni oggettive e soggettive che interessano ciascun individuo.

Gli otto domini individuati da Schalock e Verdugo Alonso

- Benessere emozionale
- benessere fisico
- benessere materiale
- relazioni interpersonali
- inclusione sociale
- autodeterminazione
- sviluppo personale
- diritti

Schalock R. L., Verdugo Alonso M.A., *Manuale di qualità della vita. Modelli e pratiche di intervento*, Brescia, Vannini, 2006, p. 314

Bisogno

In base alle teorie psicologiche e sociologiche sui bisogni (Maslow, Murray, Lewin, Doyal, Gough), il significato attuale di bisogno *non va inteso come mancanza, privazione o deficienza, in sé negative, ma come condizione di interdipendenza della persona dai suoi ecosistemi. Relazione che (se tutto va bene) porta alla persona che cresce elementi positivi per il suo sviluppo*

(http://www.s-sipes.it/pdf/IANES_BES_2013.pdf)

Funzionamento

Il concetto più innovativo introdotto dall'ICF è quello di “funzionamento”, che viene ad assumere un significato opposto a quello di “disabilità” poiché si riferisce all'interazione positiva o neutra tra un individuo (con una certa condizione di salute) ed i diversi fattori ambientali presenti nel suo contesto di vita.

L'ICF sposta il baricentro osservativo dall'individuo all'interazione individuo/ambiente

- Dalla diagnosi medica, concepita come corretto riconoscimento di una sindrome/malattia/disturbo in base ad un inquadramento nosografico del sintomo;
- Alla diagnosi di funzionamento, concepita come esplorazione/analisi delle componenti (biopsicosociali) da cui dipende il funzionamento umano

Salute e funzionamento sono la risultante di una interconnessione complessa, globale e multidimensionale tra condizioni di salute (componenti biologiche), fattori ambientali (componenti sociali) e fattori personali (componenti psichiche)

È mutato il significato di «Educazione speciale»

- L'educazione speciale non riguarda SOLO chi ha una menomazione (era così un tempo);
- •L'educazione speciale non richiede SOLO interventi sul deficit (braille, lis, ecc.);
- •L'educazione speciale è un intervento mirato a migliorare il funzionamento biopsicosociale in presenza di menomazioni e/o limitazioni nelle attività e/o restrizioni nella partecipazione

Sono mutati i contesti dell'educazione speciale

- L'educazione speciale non si esplica in luoghi separati – tipo “scuole speciali” – ma in ogni contesto di vita;
- E' venuta meno la separazione tra «bambino speciale» e «bambino normale»
- L'aggettivo *speciale*, denota specifici bisogni che *tutti* i bambini possono manifestare a seguito di difficoltà temporanee o permanenti, la cui presenza e rilevazione richiedono da parte dei servizi educativi attenzioni particolari e risorse specifiche, senza le quali verrebbe meno il diritto all'educazione e alle pari opportunità che lo Stato è tenuto a garantire ad ogni cittadino.

CHE COSA E' L'ICF

- L'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è il nuovo strumento elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per descrivere e misurare la salute e la **disabilità della popolazione**. Esso rappresenta la versione definitiva e approvata a livello mondiale della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (ICIDH).

- L'ICF consente di **cogliere, descrivere e classificare ciò che può verificarsi in associazione a una condizione di salute**, cioè le “compromissioni” della persona o, per utilizzare un vocabolo neutro, il suo **“funzionamento”**.
- Non è una classificazione che riguarda soltanto le condizioni di persone affette da particolari anomalie fisiche o mentali, **ma è applicabile a qualsiasi persona che si trovi in qualunque condizione di salute, dove vi sia la necessità di valutarne lo stato a livello corporeo, personale, o sociale**. Si tratta inoltre di una vera e propria **rivoluzione della concettualizzazione della disabilità**, che tiene conto per la prima volta di fattori contestuali e ambientali.

- L'ICF rappresenta **strumento importante per i professionisti del campo sanitario, dei settori della sicurezza sociale, delle assicurazioni, dell'istruzione, dell'economia, del lavoro ed in ambito politico legislativo.** Il suo utilizzo è sostenuto dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali italiano.
- La classificazione ICF è **innovativo per concezione e costruzione.**
- L'ICF è stato accettato da **191 Paesi**, standard internazionale per misurare e classificare salute e disabilità.
- **L'Italia è tra i 65 Paesi** che hanno contribuito alla sua creazione, e il governo italiano è stato tra quelli che hanno espresso parere favorevole all'approvazione dell'ICF da parte della Assemblea Mondiale della Salute nel maggio 2001. Anni di lavoro hanno portato a questo risultato e l'Italia ha partecipato attivamente al processo di revisione dell'ICIDH 1980, iniziato dall'OMS nel 1993.

Applicabilità e comparabilità tra culture

- Equivalenza concettuale e funzionale della Classificazione
- Traducibilità
- Utilizzabilità
- Comparabilità Internazionale
- **Equivalenza Concettuale:**
 - *simile comprensione /significato dei concetti*
- **Equivalenza Funzionale:**
 - *simili domini*
- **Equivalenza Metrica:**
 - *simili caratteristiche di misura*

SCOPI DELL'ICF

- fornire una **base scientifica** per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate
- stabilire **un linguaggio comune per la descrizione** della salute e delle condizioni ad essa correlate allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità
- rendere possibili il **confronto fra dati raccolti in Paesi**, discipline sanitarie, servizi e in periodi diversi
- fornire uno **schema di codifica sistematico** per i sistemi informativi sanitari.

Da quanto è stato pubblicato nel 1980 solo come versione per la sperimentazione sul campo, l'ICIDH è stato adoperato per vari propositi:

- **come strumento statistico:** nella raccolta e nella registrazione di dati
- **come strumento di ricerca:** per misurare i risultati, la qualità della vita o i fattori ambientali
- **come strumento clinico:** nell'assessment dei bisogni, nell'abbinamento fra trattamenti e condizioni specifiche, nell'assessment per l'orientamento, nella riabilitazione e nella valutazione dei risultati
- **come strumento di politica sociale:** progettazione di previdenza sociale, sistemi di indennità, pianificazione e realizzazione di progetti politici
- **come strumento educativo:** programmazione di curricula e miglioramento della consapevolezza e delle azioni sociali.

(OMS, 1980)

Danno



Menomazione



Disabilità



Handicap

ICIDH-1980

MENOMAZIONE...ogni perdita o anomalia di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche.

DISABILITA'...ogni restrizione o perdita (risultante da una menomazione) di abilità di eseguire un'attività nella maniera considerata normale per un essere umano.

HANDICAP...uno svantaggio derivato, per un dato individuo, risultante da una menomazione o una disabilità, che limita o prevenga l'adempimento di un ruolo che è normale (rispetto all'età, sesso e fattori sociali e culturali) per l'individuo.

MALATTIA -MENOMAZIONE-DISABILITA'-HANDICAP

Criticismi all'ICIDH

Critiche concettuali

- Basato sul modello medico di disabilità
- Causalità lineare
- Insufficiente descrizione degli handicap
- Assenza della dimensione ambientale
- Descrizione delle situazioni in termini negativi

Critiche tecniche

- Complessità e pesantezza
- Alcuni termini sono obsoleti
- Alcune categorie si sovrappongono

DALL'ICIDH ALL'ICF

PRINCIPI DELLA REVISIONE

- Universalità
- Ambiente
- Linguaggio neutrale
- Parità
- Modello Biopsicosociale

L'ICF è una **CLASSIFICAZIONE**

NON E' uno strumento di valutazione o di misurazione...
Esso infatti **classifica** la salute e gli stati di salute ad essa correlati....**PERCHE'**:

- Cambiamento nello **scenario delle Politiche Socio Sanitarie**: dalle patologie acute alla malattia cronica (transizione epidemiologica)
- Cambiamento nella prospettiva: dalla **focalizzazione della patologia** alla **focalizzazione delle conseguenze** della patologia
- Necessità di un **linguaggio comune** per descrivere il funzionamento da utilizzare a livello interdisciplinare e internazionale
- **Risposta ai bisogni** della persona con disabilità e definizione di aree e parametri della disabilità per ottimizzare gli interventi

Requisiti di una Classificazione Funzionale Internazionale

- Funzionamento - non solo disabilità
- Modello universale - non modello minoritario
- Modello integrativo - non solo medico o sociale
- Modello interattivo - non lineare progressivo
- Modello inclusivo – non solo persona
- Modello transculturale – non solo concetti occidentali
- Ciclo di vita – non solo età adulta

Modello medico

- Problema personale
- Terapia medica
- Trattamento individuale
- Aiuto professionale
- Cambiamenti a livello personale
- Comportamento
- Assistenza
- Politiche sanitarie
- Adattamento individuale

Modello sociale

- Problema sociale
- Integrazione sociale
- Azione sociale
- Responsabilità individuale e collettiva
- Manipolazione ambientale
- Atteggiamento e cultura
- Diritti umani
- Politica
- Cambiamento sociale

Modello bio-psico-sociale

- Problema personale e sociale
- Terapia medica e integrazione sociale
- Trattamento individuale e azione sociale
- Aiuto professionale e responsabilità individuale e collettiva
- Cambiamenti a livello personale e manipolazione ambientale
- Comportamento e atteggiamento, cultura
- Assistenza e diritti umani
- Politiche sanitarie e politica
- Adattamento individuale e cambiamento sociale

LA DISABILITÀ VIENE DEFINITA
COME UNA CONDIZIONE DI
SALUTE IN UN AMBIENTE
SFAVOREVOLE.

la parola HANDICAP, che in uno studio in diversi
Paesi fatto dall'OMS, ha connotazione
negativa in moltissime lingue,
NON SARÀ PIÙ UTILIZZATA

Modello Universale

vs.

Modello di Minoranze



Ognuno può avere disabilità

Continuum

Multi-dimensionale

*Gruppi con specifiche
menomazioni*

Categoriale

Uni-dimensionale

ICF: le prove sul campo



- 7 anni 1994-2001
- 65 paesi
- bozze ICF tradotte e testate in 27 lingue
- 38 Consensus Conferences Nazionali
- 7 Consensus Conf. Internazionali
- 2000 valutazioni di casi live
- 3500 valutazioni di casi simulati

Cosa ci permette di fare

Misurare

Comprendere

Descrivere

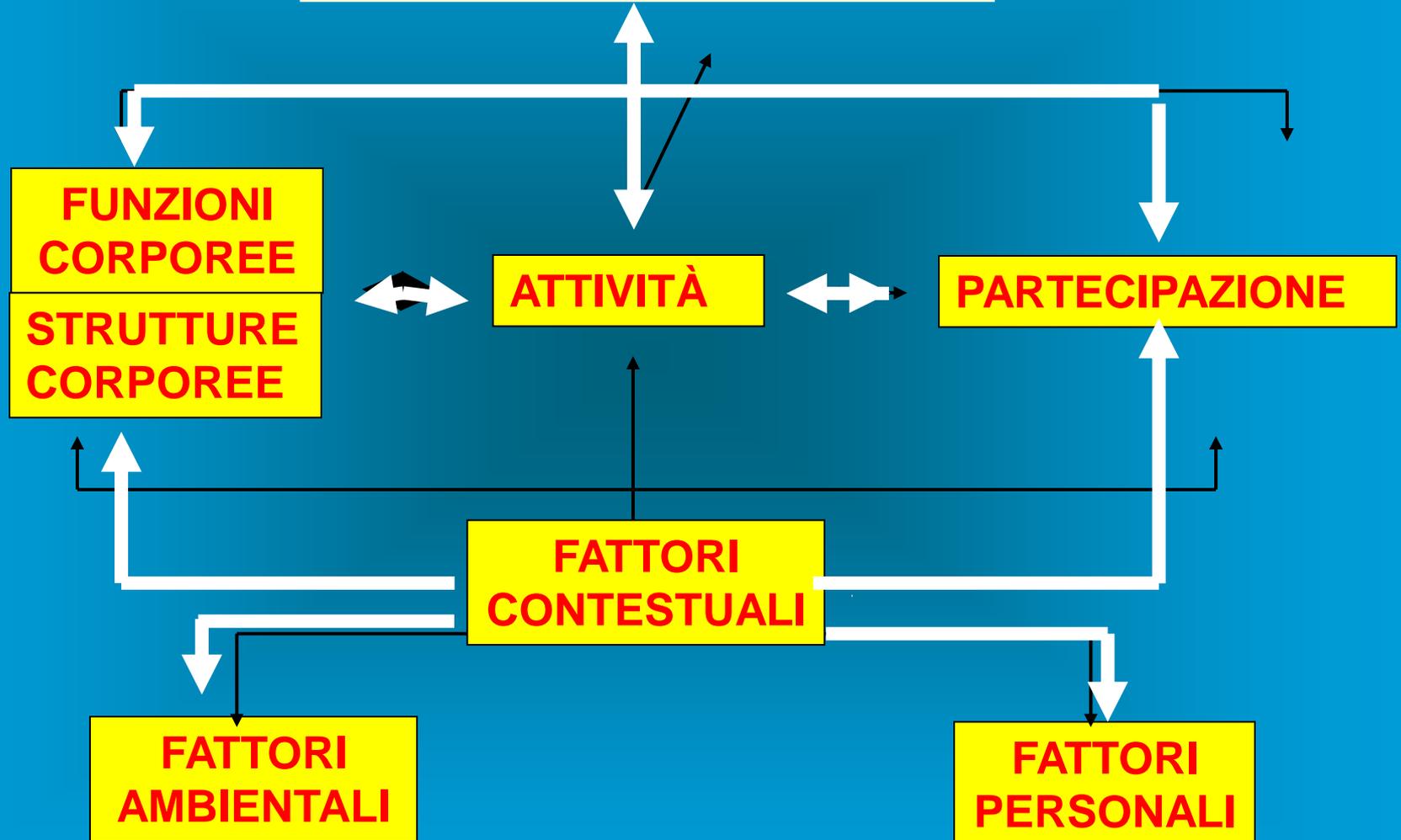
Valutare

Comunicare

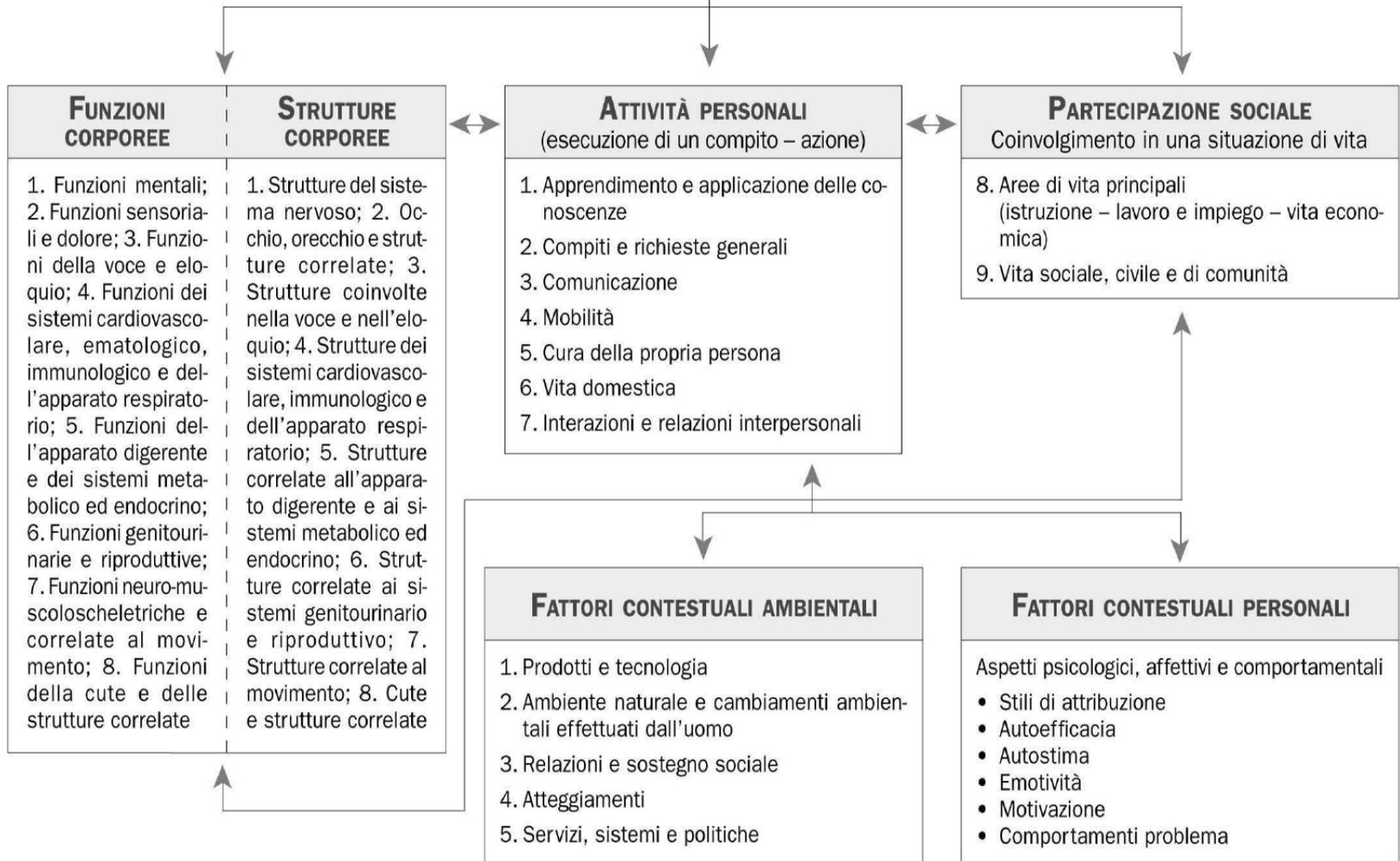
Programmare

STRUTTURA DELL'ICF

CONDIZIONI FISICHE
(disturbo o malattia)



CONDIZIONI FISICHE
(disturbo o malattia)



Funzionamento e della Disabilità.

- CORPO che comprende due classificazioni, una per le funzioni dei sistemi corporei ed una per le strutture corporee.
- ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE comprende la gamma completa dei domini che indicano gli aspetti del funzionamento da una prospettiva sia individuale che sociale.

Fattori Contestuali

- **FATTORI AMBIENTALI:** che hanno un impatto su tutte le componenti del funzionamento e della disabilità e sono organizzati secondo un ordine che va dall'ambiente più vicino alla persona a quello più generale.
- **FATTORI PERSONALI:** sono una componente dei fattori contestuali, ma non sono classificati nell'ICF a causa della grande varietà sociale e culturale ad essi associati. (p.19)

Funzionamento e della disabilità

- Le componenti nella parte 1 possono essere espresse in due modi:
- da un lato possono essere usate per indicare problemi (per es. menomazioni, limitazioni delle attività, restrizioni,) raggruppati sotto il termine di **DISABILITA'**
- dall'altro possono indicare aspetti non problematici ma neutri raggruppati sotto il termine di **FUNZIONAMENTO**.

- Queste componenti del funzionamento e della disabilità vengono interpretate attraverso 4 **costrutti** separati ma correlati, i costrutti vengono resi operativi utilizzando i **qualificatori**.
- Per le **funzioni** e le **strutture** abbiamo *sistemi fisiologici o strutture anatomiche*, per componente **attività e partecipazione** abbiamo *capacità e performance*. (p. 20)
- Il funzionamento e la disabilità di una persona sono concepiti come un'interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori contestuali.
- I fattori ambientali interagiscono con tutte le componenti, il **costrutto di base dei fattori ambientali** è la **funzione facilitante o ostacolante** che il mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti può avere sulle persone. (p.20)

DEFINIZIONI

- **Funzioni corporee:** sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei incluse le funzioni psicologiche
- **Strutture corporee:** sono le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti
- **Menomazioni:** sono i problemi nella funzione e nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significativa.
- **Attività:** è l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo
- **Partecipazione:** è il coinvolgimento in una situazione di vita
- **Limitazioni delle attività:** sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività
- **Restrizioni della partecipazione:** sono i problemi che una persona può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.
- **Fattori ambientali:** costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

I qualificatori

- Funzioni corporee: estensione o gravità della menomazione
- Strutture corporee: estensione o gravità della menomazione, natura del cambiamento, localizzazione
- Attività e partecipazione: performance, capacità
- Fattori ambientali: facilitatore o barriera

I qualificatori

- **0: nessuna menomazione/difficoltà**
- **1: menomazione lieve** (il problema è presente in meno del 25% del tempo, con un'intensità che la persona può tollerare e si è presentato raramente negli ultimi 30 giorni)
- **2: menomazione media** (il problema è presente in meno del 50% del tempo, con un'intensità che interferisce con la vita quotidiana della persona e si è presentato occasionalmente negli ultimi 30 giorni)
- **3 menomazione grave:** (il problema è presente in più del 50% del tempo, con un'intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e si è presentato frequentemente negli ultimi 30 giorni)
- **4 menomazione completa** (il problema è presente in più del 95% del tempo, con un'intensità che altera completamente la vita quotidiana della persona e si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 giorni)
- **8 non specificata**
- **9 non applicabile**

Così, ad esempio, la classificazione **b11420.3** 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

0 Nessuna menomazione.(0-4%)

1 Lieve menomazione (5-24%)

2 Moderata menomazione (25-49%)

3 Grave menomazione (50-95%)

4 Totale menomazione (96-100%)

8 Non specificato

9 Non applicabile

La disabilità viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vive. (p.32)

FUNZIONI E STRUTTURE CORPOREE

Funzioni mentali	Strutture del sistema nervoso
Funzioni sensoriali e dolore	Occhio, orecchio e strutture correlate
Funzioni della voce e dell'eloquio	Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio
Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio	Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio
Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico e endocrino	Strutture correlate all'app. digerente e ai sistemi metabolico e endocrino
Funzioni genitourinarie e riproduttive	Strutture correlate al sistema genitourinario e riproduttivo
Funzioni neuromuscoloscheletriche e correlate al movimento	Strutture correlate al movimento
Funzioni della cute e delle strutture correlate	Cute e strutture correlate

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONE

- *L'ATTIVITA' è l'esecuzione di un compito o di una azione da parte di un individuo.*
- *La PARTECIPAZIONE è il coinvolgimento di una persona in una situazione di vita.*
- *Le LIMITAZIONI dell'ATTIVITA' sono le difficoltà nello svolgimento delle attività.*
- *Le RESTRIZIONI della PARTECIPAZIONE sono i problemi che un individuo può avere nel coinvolgimento nelle situazioni di vita.*

Attività e Partecipazione

1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze

2 Compiti e richieste generali

3 Comunicazione

4 Mobilità

5 Cura della propria persona

6 Vita domestica

7 Interazioni e relazioni interpersonali

8 Attività di vita principali

9 Vita sociale, civile, di comunità

PERFORMANCE e CAPACITA'

- La PERFORMANCE è quello che l'individuo fa nel suo ambiente attuale/reale e descrive il coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita.

- La CAPACITA' indica il più alto livello probabile di funzionamento in un ambiente considerato come standard o uniforme.

Fattori Contestuali

Persona

- ↻ *Genere*
- ↻ *età*
- ↻ *altre condizioni di salute*
- ↻ *capacità di adattamento*
- ↻ *background sociale*
- ↻ *educazione*
- ↻ *professione*
- ↻ *esperienze passate*
- ↻ *stili caratteriali*

Ambiente

- ↻ *Prodotti*
- ↻ *Ambiente prossimo*
- ↻ *Istituzioni*
- ↻ *Norme sociali*
- ↻ *Ambiente culturale*
- ↻ *Ambiente costruito*
- ↻ *Fattori politici*
- ↻ *Ambiente naturale*

FATTORI AMBIENTALI

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

I fattori ambientali devono essere codificati dal punto di vista della persona della quale si sta descrivendo la situazione.

Sono qualificati con un punteggio negativo o positivo a seconda che costituiscano una barriera o un facilitatore

Fattori Ambientali

1 Prodotti e tecnologie

2 Ambiente naturale e cambiamenti ambientali effettuati dall'uomo

3 Relazioni e sostegno sociale

4 Atteggiamenti

5 Servizi, sistemi, politiche

Fattori Ambientali

e1: Prodotti e Tecnologia

- *Prodotti e sostanze per il consumo personale (cibo, farmaci).*
- *Prodotti e tecnol. Per l'uso personale nella vita quotidiana.*
- *Prodotti per la mobilità ed il trasporto in ambienti interni ed esterni.*
- *Prodotti per la tecnologia e la comunicazione.*
- *Prodotti e tecnol. Per la progettazione e la costruzione di edifici per il pubblico utilizzo.*
- *Prodotti e tecnol. Per la progettazione e la costruzione di edifici per utilizzoprivato*

Fattori Ambientali

e3:Relazioni e Sostegno Sociale

- *Famiglia ristretta*
- *Amici*
- *Conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri della comunità.*
- *Persone in posizione di autorità.*
- *Persone che forniscono aiuto e assistenza.*
- *Operatori sanitari.*
- *Altri operatori.*

Fattori Ambientali e4: Atteggiamenti

- *Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta*
- *Atteggiamenti individuali degli amici*
- *Atteggiamenti individuali di persone che forniscono aiuto e assistenza.*
- *Atteggiamenti individuali di operatori sanitari.*
- *Atteggiamenti individuali di altri operatori.*
- *Atteggiamenti della società.*
- *Norme sociali, costumi, ideologie.*

ICF-CY

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti (ICF-CY), deriva dall'ICF (2001) ed è realizzata per documentare le caratteristiche dello sviluppo del bambino e l'influenza dell'ambiente circostante (tratto da ICF-CY, Prefazione, p. 11).

Il PDF secondo il modello ICF-CY

5 livelli di adattamento (Ianes 2007)

1 sostituzione

2 facilitazione

3 semplificazione

4 scomposizione dei nuclei fondanti

5 partecipazione alla cultura del compito

- **Dir. Min.27/12/2012 STRUMENTI D'INTERVENTO PER ALUNNI CON BISOGNI EDUCATIVI SPECIALI E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA**
- ... Fondandosi sul profilo di funzionamento e sull'analisi del contesto, il modello **ICF** consente di individuare i **Bisogni Educativi Speciali (BES)** dell'alunno prescindendo da preclusive tipizzazioni.
- ... Va quindi potenziata la cultura dell'inclusione ...In tale ottica, assumono un valore strategico i **Centri Territoriali di Supporto**, che rappresentano l'interfaccia fra l'Amministrazione e le scuole e tra le scuole stesse in relazione ai Bisogni Educativi Speciali.

C.M. N. 8 DEL 2013: STRUMENTI D'INTERVENTO PER ALUNNI
CON BISOGNI
EDUCATIVI SPECIALI E ORGANIZZAZIONE TERRITORIALE
PER L'INCLUSIONE SCOLASTICA. Indicazioni operative.

- ...Strumento privilegiato è il percorso individualizzato e personalizzato, redatto in un **Piano Didattico Personalizzato (PDP)**, che ha lo scopo di definire, monitorare e documentare – secondo un'elaborazione collegiale, corresponsabile e partecipata - le strategie di intervento più idonee e i criteri di valutazione degli apprendimenti.

BES

- In ogni classe ci sono alunni che presentano **una richiesta di speciale attenzione** per una varietà di ragioni: svantaggio sociale e culturale, disturbi specifici di apprendimento e/o disturbi evolutivi specifici, difficoltà derivanti dalla non conoscenza della cultura e della lingua italiana perché appartenenti a culture diverse. Quest'area dello svantaggio scolastico, che ricomprende problematiche diverse, viene indicata come area dei **Bisogni Educativi Speciali** (in altri paesi europei: Special Educational Needs).

PUNTI CENTRALI DELL'ICF-CY

- Il bambino nel contesto della famiglia
- Il ritardo evolutivo
- La partecipazione
- Gli ambienti

Il bambino nel contesto della famiglia.

In questa fase evolutiva, l'influenza delle interazioni familiari sul funzionamento del bambino è maggiore che in qualunque altro momento successivo dell'arco della vita individuale. Sottolineando come le competenze acquisite durante questo periodo della vita sono quelle che più avranno influenza nella vita futura dell'individuo.

Il ritardo evolutivo

L'acquisizione di certe abilità, così come la comparsa di molte funzioni o strutture corporee, può avvenire con delle differenze individuali fra bambini ed adolescenti. Sono proprio queste variazioni che definiscono il concetto di ritardo evolutivo. Questo è un concetto da tenere presente perché abbiamo la possibilità di documentare l'estensione o la grandezza degli sfasamenti e dei ritardi nella comparsa di funzioni, strutture corporee e capacità, nell'esecuzione di attività.

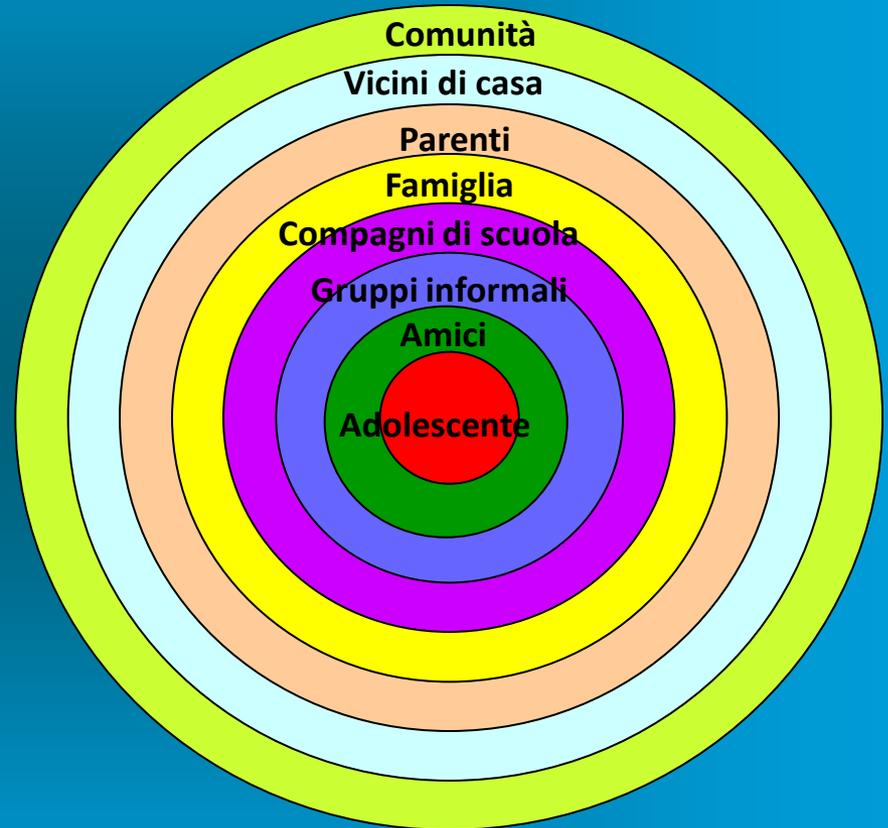
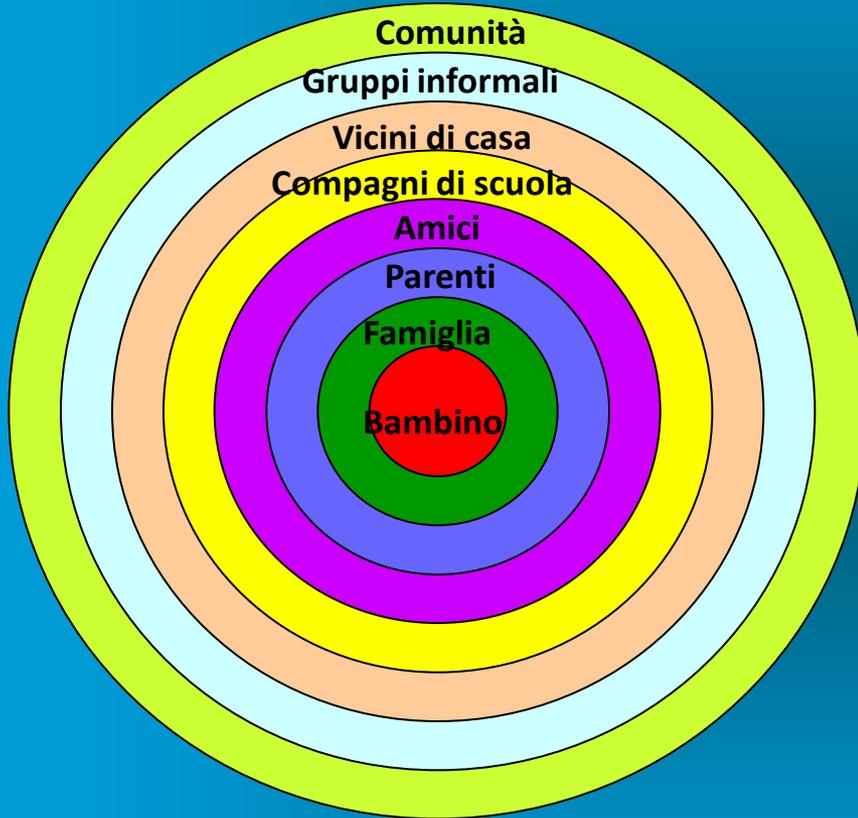
La partecipazione

- è definita come “coinvolgimento nella situazione di vita”. È chiaro come i contesti di vita di bambini ed adolescenti siano nettamente diversi in confronto a quelli degli adulti. In tal senso, più un bambino è piccolo e più è probabile (ed auspicabile) che la sue opportunità di partecipazione siano intermedie dai genitori o dai tutori.

Gli ambienti

- Si intendono “gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza”.
- Gli ambienti dei bambini e degli adolescenti possono essere considerati come una serie di sistemi successivi che li circondano, dal più immediato al più distale. Ognuno dei quali presenta un tipo di influenza diversa, a secondo dell'età e dello stadio evolutivo raggiunto. In tal senso, i fattori ambientali negativi hanno spesso un impatto molto più negativo sui bambini che sugli adulti. In maniera inversa, qualsiasi modificazione dell'ambiente risulta essere un fattore di facilitazione nello sviluppo, pieno ed in salute, dei bambini e degli adolescenti.

Modello Sistemico delle relazioni



Percorso della Diagnosi Funzionale Educativa

- Superamento dello stereotipo dello specialista del settore sanitario “tuttologo”
- Abbandono della posizione di delega
- Attivazione della pluralità dei contributi
- Implementazione di letture e linguaggi diversificati
- Consapevolezza dell'inefficacia dell'idea di stabilità delle interpretazioni
- Regia di sintesi, finalizzata al miglioramento della prassi scolastica

Azioni

- Raccolta delle esperienze pregresse attraverso un questionario di autoanalisi
- Analisi critica delle esperienze pregresse per individuare i punti di forza e di debolezza
- Conoscenza e approfondimento del modello I.C.F.
- Trasformazione della diagnosi funzionale “tradizionale” secondo l’I.C.F.
- Strutturazione del Piano Educativo Individualizzato – Progetto di vita

intesa Stato Regioni del marzo 2008

l'equipe multidisciplinare elabora la diagnosi funzionale secondo i criteri dell'ICF –CY dell'OMS affiancata da un esperto in pedagogia e didattica speciale designato dall'Ufficio scolastico Provinciale e da un esperto operatore sociale designato dai piani di Zona o Enti Locali, in collaborazione con la famiglia e gli operatori della scuola.

La **Diagnosi Funzionale** si articola nelle seguenti parti:

- approfondimento anamnestico e clinico
- descrizione del quadro di funzionalità nei vari contesti;
- definizione degli obiettivi in relazione ai possibili interventi clinici, riabilitativi, sociali, educativi
- definizione delle idonee strategie integrate di intervento
- individuazione delle tipologie di competenze professionali e delle risorse strutturali necessarie

La diagnosi funzionale secondo l'ICF

- Utilizzo dell'ICF per rivedere il modello ufficiale della diagnosi funzionale (1994)
 - Dalla diagnosi-destino alla diagnosi-conoscenza
 - Dalla diagnosi del medico alla diagnosi dell'insegnante e del familiare
- Messa in discussione della certificazione medica
 - Dalla certificazione della disabilità (conseguenza di malattia – cfr. ICIDH) alla individuazione del bisogno educativo speciale

Diagnosi funzionale (Ianes, 1995)

- “Funzionale” all’intervento educativo
- Le tre fonti
 - Specialista: poche informazioni e molte ipotesi
 - Famiglia: tante informazioni
 - Insegnante: opportuna via di mezzo
- Quattro aree
 - Dati anamnestici, medici, familiari e sociali
 - Livelli di competenza nelle aree di sviluppo
 - Livelli di competenza rispetto agli obiettivi della classe
 - Aspetti psicologici, affettivi, relazionali e comportamentali

Articolazione della DF (Ianes, 2004)

- Riconoscimento della sindrome (ICD-10)
 - Criteri diagnostici (DCR)
 - Strumenti standardizzati di tipo sintomatico
 - I sintomi sono spesso... comportamenti
- Analisi delle componenti disfunzionali
 - Scomposizione delle prestazioni (verticale)
 - Correlazione delle prestazioni (orizzontale)
 - Es. check list di sviluppo
 - Contesto in cui si svolgono
- Valutazione globale del funzionamento

II PEI

- Definizione delle soluzioni operative e delle attività
 - Chi
 - Dove
 - Quando
 - Con che cosa
 - Come
- PEI e progetto di vita
 - Prospettive di adultità
 - Qualità di vita
 - Ecosistemi e richieste ambientali

Piano Educativo Individualizzato

deve essere progettato da:

- l'intero consiglio di classe
- operatori dell'unità multidisciplinare
- dagli operatori dei servizi sociali, in collaborazione coi genitori.

Deve contenere sia le attività educative e didattiche, sia gli interventi riabilitativi e sociali in modo da integrare e condividere i diversi interventi.

Il Piano segnala la tipologia e la funzionalità delle risorse complessive professionali, tecnologiche, di supporto all'autonomia scolastica, di riorganizzazione funzionale dell'ambiente.

Piano Educativo Individualizzato

- è un impegno alla collaborazione da parte di tutti gli operatori per il raggiungimento degli obiettivi indicati e condivisi ed è verificato a medio termine durante l'anno scolastico per gli adeguamenti da apportare.
- E'importante prevedere che l'equipe che elabora il PEI sia composta dagli operatori che realmente prendono in carico il soggetto in età evolutiva e la sua famiglia. Il PEI è l'atto in cui possono essere pianificati tutti gli interventi sociali e sanitari, farlo diventare un adempimento burocratico vanifica tutto l'impianto del processo abilitativo-riabilitativo.

Apprendimento e applicazione delle conoscenze

- L'alunno possiede capacità di attenzione?
- L'alunno possiede capacità di memorizzazione?
- L'alunno possiede capacità di concentrazione?
- L'alunno usa le conoscenze acquisite in modo spontaneo?
- L'alunno come esprime quanto richiesto in forma orale? E in forma scritta?

Compiti e richieste generali

- L'alunno è in grado di eseguire da solo un compito semplice?
- L'alunno esegue da solo un compito semplice ma ha bisogno dell'aiuto o dello stimolo dell'adulto?
- L'alunno riesce ad organizzare azioni semplici per la gestione della routine quotidiana?
- L'alunno riesce ad organizzarsi autonomamente nel lavoro scolastico?
- L'alunno appare motivato o interessato all'attività svolta?
- L'alunno riesce a controllare il proprio comportamento?

Comunicazione

- L'alunno partecipa spontaneamente agli scambi verbali?
- L'alunno ricerca il dialogo?
- L'alunno ascolta e vuole essere ascoltato?
- L'alunno manifesta il suo vissuto, i suoi stati d'animo, le sue emozioni, le sue idee?
- L'alunno compie riflessioni su di sé, sui suoi problemi, sulle sue esperienze?

Mobilità

- L'alunno assume o abbandona autonomamente una posizione corporea o riesce a muoversi da una collocazione ad un'altra?
- L'alunno si muove spontaneamente con qualche finalità?
- L'alunno riconosce lo schema corporeo su di sé e sugli altri?
- L'alunno presenta difficoltà nella manualità?
- L'alunno riesce a tenere in mano e ad usare una matita o una penna?
- L'alunno riesce a riprodurre un percorso dato o una sequenza di movimenti e riesce a verbalizzarlo?

Cura della propria persona

- L'alunno presenta delle difficoltà rispetto all'esecuzione di azioni rivolte alla cura della propria persona e di azioni quotidiane quali alimentarsi, vestirsi, lavarsi...?

Interazioni e relazioni interpersonali

- L'alunno ha relazioni con l'intero gruppo classe, con un piccolo gruppo o con un compagno in particolare?
- Quale modalità di relazione e di comunicazione ha stabilito con l'insegnante? E con l'insegnante di sostegno?
- Accetta suggerimenti, consigli, richiami? Si scoraggia di fronte alle difficoltà?
- Chiede aiuto spontaneamente?
- Durante il lavoro scolastico si isola o chiede la collaborazione?

- I genitori possono essere coinvolti nell'individuazione dei punti di forza e di debolezza del bambino chiedendo loro raccontare in termini positivi e negativi tutto ciò che il bambino fa nelle diverse aree di interesse:
 - Descrizione generale del bambino
 - Cura della propria persona
 - Comunicazione
 - Mobilità
 - Apprendimento
 - Interazioni e relazioni interpersonali

- Analizziamo le parole che compongono la definizione di PDP:
- **PIANO**: programma, progetto, strategia, studio mirante a predisporre un'azione in tutti i suoi sviluppi.
- **DIDATTICO**: volto a perseguire il miglioramento
 - » dell'efficacia e dell'efficienza dell'apprendimento dell'allievo (una diminuzione dei tempi di studio e del dispendio di energia);
 - » dell'efficacia e dell'efficienza dell'insegnamento del docente.
- **PERSONALIZZATO**: che tenga conto della diversificazione delle metodologie, dei tempi, degli strumenti nella progettazione del lavoro della classe (C.M. n. 4099 del 5/10/2004 e n. 4674 del 10/5/2007 per studenti dislessici – art. 10 del DPR n. 122 del giugno 2009 – C.M. Del 28/5/2009

PROFILO DI FUNZIONAMENTO (DGR 34/2010)

Il PF dell'alunno con disabilità è costruito per realizzare una descrizione dei bisogni della persona secondo il modello ICF. La sua compilazione dovrebbe permettere di:

- Individuare gli alunni con disabilità (art. 12 e 13 L.104/92)
- Dare una descrizione significativa delle caratteristiche dell'alunno per tutte le persone coinvolte
- Individuare, con un progetto multidisciplinare, interventi più importanti da mettere in atto

Il Profilo di Funzionamento sostituisce la DF ed IL PDF e viene aggiornato con le modalità previste dalla DGR e con periodicità del PDF.

E' redatto con linguaggio corrente: dati anagrafici, diagnosi (ICD10)

- funzioni corporee (op.sanitario)
- Strutture corporee (op.sanitario)
- Attività e partecipazione
- Fattori contestuali personali

Obiettivi del Profilo di Funzionamento

- Pensare in ICF
- Superare il modello medico
- Operazionalità (lasciare pregiudizi e stereotipi e fare riferimento a standard di popolazione)
- Pensare in termini di Sistema

Bibliografia e sitografia

- Progetto ICF e Politiche del Lavoro dispense a cura del Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali ed Italia Lavoro
- ICF, Classificazione Internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute, Erickson 2001
- ICF-CY Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute Versione per bambini e adolescenti Erickson, 2007
- www.who.int/classification/icf
- www.ministerolavoro.it
- www.darioianes.it
- www.centroausili.org (Ing. Corinna Freda)

- L'ICF-CY e l'approccio biopsicosociale ai problemi dell'educazione speciale (intervento Prof. Angelo Lascioli Università di Verona 2013)
- Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY Autori: Gianluca Lo Presti, Dottore in Psicologia Barbara Antonella Lombardo, studentessa in Scienze e Tecniche Psicologiche (FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008)
- **Glossario termini icf-cy con qualche indicazione per l'utilizzo della classificazione** Fusaro – glossario DGR34- bozza 2 –Aug 2012
- Nuove visioni della disabilità-Schiavulli A.B.Esposito M.R (2009)