

## APPUNTI DI ICF

Il dibattito fra modello medico e sociale di disabilità è continuato per quasi 40 anni.

I due modelli differiscono in molti aspetti: caratterizzano che tipo di problema sia la disabilità; quale siano gli interventi più appropriati e chi dovrebbe attuarli; cosa dovrebbero cercare di cambiare tali modelli – la persona o l'ambiente della persona; quale settore sociale sarebbe il responsabile della disabilità.

Ma non è necessario, e non dovrete, sceglierne uno a sfavore dell'altro.

La disabilità non è solo menomazione; e non è solo lo svantaggio con cui le persone con menomazioni si confrontano, per come il loro mondo fisico e sociale è costruito. La disabilità è entrambe queste cose!

In altre parole, la disabilità potrebbe e dovrebbe essere vista sia dalla prospettiva medica che da quella sociale. Questa è la prospettiva biopsicosociale, che è la base del modello ICF di disabilità.

Dalla prospettiva medica, la chiave per capire tutti i problemi che una persona con disabilità affronta, è la deviazione dal normale funzionamento, ad un livello corporeo, che è causata da qualche condizione di salute – una malattia, disturbo o lesione. Limitazioni nelle attività che uno può effettuare, o restrizioni nella partecipazione nelle maggiori aree di vita, alla fine sono causate dalle menomazioni che ha la persona.

Perciò gli interventi medici basati su una diagnosi sono i soli appropriati ed effettivi, di cui una persona con disabilità può beneficiare in tutte le aree di vita.

Nella prospettiva sociale, la chiave per comprendere la disabilità non consiste nel guardare alle caratteristiche fisiche della persona, ma al complesso delle caratteristiche fisiche, sociali ed attitudinali e del contesto globale in cui vive. L'ambiente limita la partecipazione di una persona in tutte le aree di vita, creando ostacoli o restrizioni della partecipazione. Questi limiti alla partecipazione sono i problemi che persone con disabilità incontrano nella vita quotidiana. Come molti attivisti disabili insistono, è l'ambiente e non le menomazioni che li "disabilitano".

Pertanto, interventi sociali che rimuovano barriere o creino facilitatori, come un miglioramento nell'accessibilità fisica, sono i soli tipi di intervento che possono migliorare le vite delle persone con disabilità.

La lezione da imparare qui ha due parti. Innanzitutto, il fatto che sia il modello medico che quello sociale ci forniscono importanti elementi di scoperta sulla natura della disabilità, e sui metodi appropriati di intervento che sono richiesti per risolvere i problemi che le persone con disabilità incontrano nelle loro vite. Secondariamente, vediamo che sia il modello medico che quello sociale non riescono ad approcciare adeguatamente alcuni problemi (o creano altri problemi sociali) e così non sono prospettive sufficienti da sole.

Ciò suggerisce che un modello di disabilità che incorpori e sintetizzi sia la prospettiva sociale che quella medica avrebbe la forza di entrambe, senza le loro debolezze

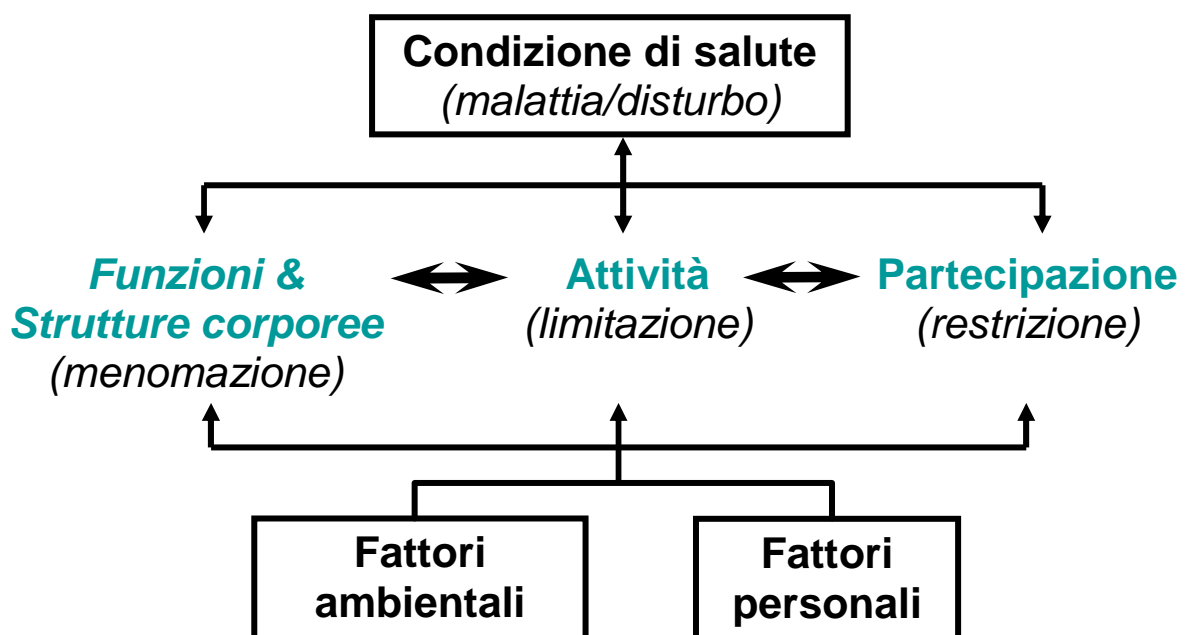
Questa è l'idea di base che sta dietro l'adozione del modello biopsicosociale nell'ICF.

Com'è rappresentato il modello biopsicosociale nell'ICF?

L'ICF, come l'ICIDH, mantiene le tre dimensioni della disabilità, mantenendo il termine menomazione, ma usando attività e partecipazione per i due livelli successivi. Il termine Handicap è stato eliminato perché è connotato negativamente. Guarderemo più da vicino a queste dimensioni della disabilità nei prossimi due moduli.

Ciò che importante vedere a questo punto è che il modello dell'ICF incorpora le prospettive medica e sociale. La prospettiva medica è l'input nella parte superiore del diagramma, mentre quella sociale è compresa nella parte relativa all'ambiente. Le dimensioni della disabilità - menomazione, limitazioni nella partecipazione e restrizioni nell'attività - sono esiti di un'interazione fra la condizione di salute e l'ambiente complessivo. La natura dell'interazione è differente in ciascun caso: le menomazioni sono primariamente il prodotto di caratteristiche fisiche del corpo della persona, mentre le restrizioni alla partecipazione sono primariamente il risultato di barriere ambientali.

## IL MODELLO BIO-PSICO-SOCIALE NELL'ICF



## LA CLASSIFICAZIONE ICF

L'ICF è un set di classificazioni del funzionamento e della disabilità umani nel contesto della salute. **Funzionamento** è il termine ombrello usato per coprire il funzionamento umano a livello del corpo, della persona e della sua capacità di agire ad un livello pieno nel contesto e nella società in cui le persone agiscono in tutti gli aspetti della loro vita.

**Disabilità** è il termine ombrello usato per coprire i problemi o le difficoltà esperite ad ognuno di questi tre livelli di funzionamento umano: menomazioni a livello delle funzioni e strutture corporee; limitazioni nell'attività a livello della persona; restrizioni della partecipazione a livello sociale.

Riteniamo importante enfatizzare che l'ICF non è una classificazione dei problemi e non è una classificazione delle persone. L'ICF è principalmente una classificazione del funzionamento umano, con un meccanismo di codifica per identificare problemi nel funzionamento. La persona non è il problema: la persona fa esperienza di un problema di funzionamento.

# FUNZIONAMENTO E DISABILITÀ



Secondo il modello biopsicosociale sottostante all'ICF, il funzionamento e la disabilità di una persona è concepita come una **interazione dinamica** fra le condizioni di salute

malattie  
disturbi  
lesioni  
traumi

e fattori contestuali – personali e ambientali – che creano l'esperienza totale vissuta di funzionamento e disabilità.

Questa interazione dinamica può essere compresa sia come **processo** – come le menomazioni o le limitazioni sono trasformate in restrizioni della partecipazione dai fattori ambientali – che come **risultato o esito**. L'ICF può essere usato per descrivere sia gli elementi del processo che gli esiti.

Nell'ICF, il funzionamento e la disabilità restano sempre assieme al contesto della salute. Benché il processo possa essere analogo, l'ICF non è una classificazione delle conseguenze dell'etnia, sesso, religione o fattori socioeconomici sul funzionamento umano.

# FUNZIONAMENTO E DISABILITÀ



Funzionamento e disabilità sono stati o situazioni che possono essere interpretati in molte maniere – come stati fisici, caratteristiche della persona o eventi osservabili.

Nell'ICF sono date interpretazioni delle componenti di funzionamento e disabilità che forniscono informazioni che possono essere usati da più ampio range di utenti potenziali.

Per le Funzioni e Strutture Corporee, ogni categoria è interpretata rispettivamente in termini di **cambiamento osservabile** delle funzioni e strutture.

Nel caso di Attività e Partecipazione, vengono forniti due costrutti interpretativi:

- Il **costrutto di capacità** interpreta l'item come un'intrinseca capacità della persona di agire o comportarsi nel modo identificato dall'item, una capacità identificata e misurata entro un ambiente standardizzato
- Il **costrutto di performance** interpreta l'item come una performance osservabile dalle persone nel suo ambiente attuale

Questi costrutti sono operazionalizzati nella classificazione per mezzo dei qualificatori.

Una conseguenza del modello biopsicosociale di funzionamento e disabilità dell'ICF è che **l'universo della classificazione** nell'ICF include tutti i domini della salute e quelli che sono così fortemente legati alla salute – sia come fattori di rischio che come determinanti della salute – da essere elementi essenziali dell'esperienza globale di funzionamento e disabilità classificata nell'ICF.

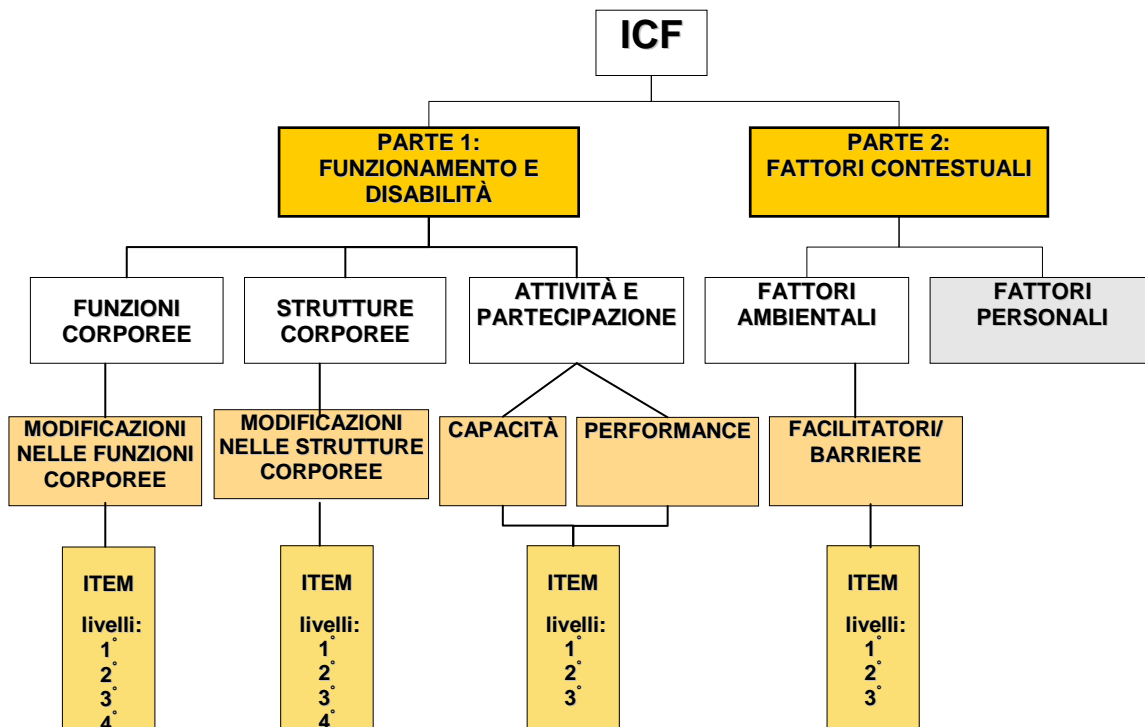
Un **dominio** è un insieme pratico, significativo ed integrato di funzioni fisiologiche, strutture anatomiche, azioni, compiti, ruoli sociali e aree di vita complesse (sia come capacità intrinseche o come performance effettive).

**Domini di salute:** attenzione, memoria, visione, udito, camminare, apprendere, vestirsi, sostegno delle relazioni umane, capacità di lavorare

**Domini collegati alla salute:** trasporto, abitazione, istruzione, interazione sociale, lavoro, vita sociale e politica.

L'universo della classificazione ICF include anche i **fattori contestuali**, che sono fattori ambientali e fattori personali.

# STRUTTURA DELL'ICF



# STRUTTURA DELL'ICF

	Parte 1: Funzionamento e Disabilità		Parte 2: Fattori Contestuali	
<b>COMPONENTI</b>	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali
<b>DOMINI (FATTORI)</b>	Funzioni Corporee Strutture Corporee	Aree di vita (azioni, compiti)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
<b>COSTRUTTI</b>	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità, eseguire compiti in un ambiente standard Performance, eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	
<b>ASPETTO POSITIVO</b>	Integrità funzionale e strutturale	Attività e Partecipazione	Facilitatori	
	Funzionamento			
<b>ASPETTO NEGATIVO</b>	Menomazione	Limitazione dell'attività; restrizione della	Barriere	
	Disabilità			

## Capitolo 2 ← **TERMINE DI PRIMO LIVELLO**

### **Funzioni Sensoriali e Dolore**

Questo capitolo riguarda le funzioni dei sensi, vista, udito, gusto e così via, oltre che la sensazione di dolore.

**CODICE**  
*Funzioni visive e correlate (b210-b229)* ← **NOME DEL BLOCCO**

← **b210** Funzioni della vista

← **TERMINE DI SECONDO LIVELLO**

Funzioni sensoriali relative alla percezione della presenza della luce e dell'aspetto, dimensione, forma e colore degli stimoli visivi.

← **DEFINIZIONE OPERATIVA**

**Inclusioni:** funzioni dell'acuità visiva; funzioni del campo visivo; qualità della visione; funzioni relative alla percezione della luce e del colore, acuità visiva della visione da lontano e da vicino, visione monoculare e binoculare; qualità dell'immagine visiva; menomazioni come miopia, ipermetropia, astigmatismo, emianopsia, cecità ai colori, visione a tunnel, scotoma centrale e periferico, diplopia, nictalopia e ridotta adattabilità alla luce.

**Esclusione:** funzioni percettive (b156)

← **ESCLUSIONI**

← **INCLUSIONI**

## Capitolo 2

### Funzioni Sensoriali e Dolore

Questo capitolo riguarda le funzioni dei sensi, vista, udito, gusto e così via, oltre che la sensazione di dolore.

*Funzioni visive e correlate (b210-b229)*

#### **b210 Funzioni della vista**

Funzioni sensoriali relative alla percezione della presenza della luce e dell'aspetto, dimensione, forma e colore degli stimoli visivi.

**Inclusioni:** funzioni dell'acuità visiva; funzioni del campo visivo; qualità della visione; funzioni relative alla percezione della luce e del colore, acuità visiva della visione da lontano e da vicino, visione monoculare e binoculare; qualità dell'immagine visiva; menomazioni come miopia, ipermetropia, astigmatismo, emianopsia, cecità ai colori, visione a tunnel, scotoma centrale e periferico, diplopia, nictalopia e ridotta adattabilità alla luce.

**Esclusione:** funzioni percettive (b156)

**TERMINE DI TERZO LIVELLO**

**b2100** Funzioni dell'acuità visiva

*Funzioni della vista relative alla percezione delle forma e del contorno, sia binoculare che monoculare, sia per la visione da lontano che da vicino.*

**b21000** Acuità binoculare nella visione a distanza

*Funzioni della vista relative alla percezione di dimensione, forma e del contorno, utilizzando entrambi gli occhi, per oggetti distanti dagli occhi.*

**TERMINE  
DI QUARTO  
LIVELLO**

**b21001** Acuità monoculare nella visione a distanza

*Funzioni della vista relative alla percezione di dimensione, forma e del contorno, utilizzando solo l'occhio destro o quello sinistro, per oggetti distanti dall'occhio.*

## ORGANIZZAZIONE DELLA CLASSIFICAZIONE

**Esempio:** *un ragazzo sordo ha un peggioramento della vista, che rende difficile vedere il linguaggio dei segni.*

Componente	<b>b</b>	Funzioni corporee
Capitolo	<b>b2</b>	Funzioni sensoriali e dolore
Blocco	<b>b210-b229</b>	Funzioni visive e correlate
Categoria	<b>b210</b>	Funzioni della vista
Componente	<b>d</b>	Attività e Partecipazione
Capitolo	<b>d3</b>	Comunicazione
Blocco	<b>d310-d329</b>	Comunicare - ricevere
Categoria	<b>d320</b>	Comunicare con - ricevere messaggi nel linguaggio dei segni



A differenza dell'ICD-10, l'ICF è stato preparato per descrivere un **profilo** del funzionamento della persona e della sua disabilità – l'intera esperienza del funzionamento e della disabilità a livello del corpo, della persona e della società.

Ciò significa che l'uso clinico voluto per l'ICF richiede che tutte le componenti della classificazione (inclusi i fattori ambientali) dovrebbero essere utilizzate per creare un profilo globale.

Ovviamente non è pratico l'utilizzo di tutti i codici che potrebbero essere applicati ad una persona. Il setting clinico e, in particolare, la necessità di codificare e raccogliere informazioni determineranno quanto debba essere estensivo il range di codifica. Ma il modello biopsicosociale che sta alla base dell'ICF comporta che un ritratto accurato della natura del funzionamento e della disabilità di una persona richieda degli input da ogni componente.

In altre parole, non vi è singola componente dell'ICF che catturi l'essenza del funzionamento e della disabilità oppure una da cui le altre possano essere inferite.

Poiché ci sono più di 1400 categorie nell'ICF, un'applicazione completa della classificazione ICF non è realistica. L'ICF è un linguaggio completo di funzionamento e disabilità; lo scopo era di includere tutti i domini di funzionamento a un range completo di fattori ambientali. L'ICF fornisce la base sottostante per molte tipologie di strumenti.

Uno di questi strumenti, sviluppati dall'OMS, è la ICF-Checklist. Originalmente sviluppata per il field-testing della revisione dell'ICIDH, la checklist è uno strumento di veloce utilizzo che porta in sé un range sufficientemente ampio di domini rappresentativi, applicabili in molti setting clinici. Tuttavia la checklist è abbastanza breve da essere comoda per la codifica.

L'ICF è una classificazione della salute, per cui solo le informazioni rilevanti riguardanti la salute e i domini correlati ad essa devono essere codificati con l'ICF.

Inoltre l'uso dell'ICF presume che ci sia una sottostante condizione di salute, anche se non può essere stabilito alcun legame diretto fra una condizione di salute e il livello di funzionamento della persona.

Ciò significa che bisogna fare attenzione nel distinguere fra l'esperienza di funzionamento e disabilità associata ad una condizione di salute sottostante, da quella che possa essere la risultante di sesso, etnia, religione o altri fattori socioeconomici. Per esempio, se le restrizioni della partecipazione in incarichi remunerativi sono il risultato di discriminazioni razziali, più che una reazione ad una sottostante condizione di salute o un livello di funzionamento, la classificazione di questi elementi non è un uso appropriato dell'ICF.

Per lo stesso motivo, la **scelta** di una persona di astenersi dal partecipare in un'area di vita sociale non rappresenta una restrizione alla partecipazione che possa essere codificata dall'ICF. Solo delle restrizioni nella performance che siano associate con dei livelli di funzionamento sono rilevantemente codificate con l'ICF.

L'ICF è una classificazione **descrittiva**, non uno strumento diagnostico. L'utente deve codificare solamente ciò che ha osservato senza fare assunzioni relativamente ad una condizione di salute, menomazioni sulla sua capacità di effettuare azioni o su quelle che attualmente è in grado di compiere.

[una delle maggiori obiezioni all'ICIDH era che sembrava permettere all'utente di inferire le limitazioni e le restrizioni nella vita della persona dalle sole limitazioni, senza osservare realmente quegli aspetti della disabilità della persona. L'ICF rigetta esplicitamente questa posizione: è eziologicamente neutrale per quanto riguarda la fonte delle limitazioni all'Attività e le restrizioni alla Partecipazione]

Così se l'utente osserva che una persona ha una grave menomazione alla mobilità e, in un ambiente standard, non è in grado di muoversi, l'utente non dovrebbe inferire che la persona ha un problema di performance nel muoversi nel suo ambiente reale. Questa inferenza non è valida poiché ignora la possibilità che la persona utilizzi dispositivi di assistenza o altri adattamenti ambientali che, in pratica, eliminano i problemi di performance.

Naturalmente, nella pratica clinica, talvolta le inferenze sono perfettamente accettabili. Ciò perché sono ovvie o di senso comune.....

...quando inferiamo che una persona con diabete conclamato ha una menomazione nel metabolismo dei carboidrati (che è uno degli aspetti che definiscono tale malattia)

...quando inferiamo che una persona ha una problema nel guardare (che implica le funzioni visive) se è totalmente cieca

In aggiunta, alcune inferenze sono essenziali nel momento in cui l'osservazione diretta non è possibile, in pratica così come in teoria. Tutte le funzioni nel Capitolo 1 – funzioni mentali – devono essere inferite dal comportamento, poiché non possono essere osservate direttamente.

Si assume che un clinico sia in grado di distinguere i casi in cui l'inferenza è necessaria da quelli – da malattia a menomazione, menomazione a incapacità, incapacità a problema di performance – in cui non è clinicamente giustificabile e comporta assunzioni sulle persone con disabilità che sono false e pregiudiziali.

Nelle situazioni cliniche di codifica, è giusto essere specifici quanto possibile ed assegnare così la categoria che catturi più da vicino il funzionamento osservato.

Per esempio, se una persona presenta una risposta immune ad una specifica sostanza estranea (es: polvere), il codice appropriato è quello al quarto livello, b42500 risposta immunitaria specifica. Se non vi è informazione specifica circa la natura della risposta, allora potrebbe essere più corretto andare su di un livello e utilizzare il codice più generico b4350, risposta immunitaria (oppure al termine di secondo livello b435, funzioni del sistema immunologico).

Tenete a mente che se per scopi specifici fosse importante avere livelli di dettagli aggiuntivi, oltre a quelli che si trovano nell'ICF, è possibile aggiungerli, per esempio:

b425001: risposta immunitaria specifica alla polvere

b425002: risposta immunitaria specifica alle graminacee etc etc

L'unica restrizione è che gli item addizionali siano conformi alla struttura gerarchica, così che questi quinti livelli possano essere ri-arrotolati (rolling-up) al termine di quarto livello sovrastante.

# I QUALIFICATORI

<b>Funzioni Corporee</b>	<b>PRIMO Qualificatore</b>	<i>Grado della Menomazione</i>
<b>Strutture Corporee</b>	<b>PRIMO Qualificatore</b>	<i>Grado della Menomazione</i>
	<b>SECONDO Qualificatore</b>	<i>Natura della Menomazione</i>
	<b>TERZO Qualificatore</b>	<i>Localizzazione della Menomazione</i>
<b>Attività e Partecipazione</b>	<b>PRIMO Qualificatore</b>	<i>Performance (grado)</i>
	<b>SECONDO Qualificatore</b>	<i>Capacità (grado)</i>
<b>Fattori Ambientali</b>	<b>PRIMO Qualificatore</b>	<i>Barriera o facilitatore (grado)</i>

Ogni dimensione della disabilità ed i Fattori Ambientali utilizzano dei qualificatori che forniscono informazioni rilevanti alla dimensione o componente.

Tutti i **primi qualificatori** delle dimensioni di disabilità denotano **l'estensione o la gravità di un problema** in quella componente.

Il primo qualificatore per i Fattori Ambientali denota l'estensione per cui un fattore dell'ambiente agisce come barriera o facilitatore.

Tutti i primi qualificatori utilizzano la stessa scala ordinale per l'estensione o la gravità.

## Scala di gravità

xxx.0 : **nessun** problema (*assente, trascurabile*) 0-4%

\_xxx.1 : problema **lieve** (*leggero, basso*) 5-24%

\_xxx.2 : problema **medio** (*moderato, discreto*) 25-29%

\_xxx.3 : problema **grave** (*elevato, estremo*) 50-95%

\_xxx.4 : problema **completo** (*totale*) 96-100%

\_xxx.8 : **non specificato**

\_xxx.9 : **non applicabile**

Questa scala di gravità è comune per i primi qualificatori usati sia per Funzioni e Strutture Corporee, per i qualificatori di capacità e performance di Attività e Partecipazione e per i qualificatori di barriera e facilitatore nei fattori ambientali.

Questa scala a cinque passi **non deve essere considerata uno strumento di assessment**, ma è sufficientemente sensibile per cogliere differenze significative nel tempo. Il significato dei punti-soglia di base (lieve, moderato, grave) dipenderà dalla dimensione e in alcuni casi dalla categoria particolare per cui viene applicato il qualificatore.

L'OMS offre un range di percentuali per ogni punto-soglia, che sono applicabili per l'uso clinico dell'ICF e che incorporano due assunti:

- 1) che il **marginale di errore** agli estremi (nessun problema/problema completo) è del 4%;
- 2) poiché la popolazione a cui si applica la scala dovrebbe essere sopra la **soglia clinica**, il problema grave dovrebbe cominciare al 50%

Si noti che l'OMS offre queste percentuali come **suggerimento e base per la ricerca**. Gli utenti sono incoraggiati a sviluppare le loro proprie percentuali, basate sull'evidenza e sulle correlazioni con strumenti di assessment esistenti.

## SCALA DI GRAVITÀ ICF Checklist

**\_xxx.0 Nessun** La persona non ha problemi.

**\_xxx.1 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.

**\_xxx.2 Medio** 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.

**\_xxx.3 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.

**\_xxx.4 Completo** 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.

# STRUTTURE CORPOREE - Tre Qualificatori

## 3 QUALIFICATORI

### ESTENSIONE DEL PROBLEMA

xxx.0 NESSUN problema  
xxx.1 problema LIEVE  
xxx.2 problema MEDIO  
xxx.3 problema GRAVE  
xxx.4 problema COMPLETO  
xxx.8 non specificato  
xxx.9 non applicabile

### NATURA DEL CAMBIAMENTO

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

### COLLOCAZIONE DEL PROBLEMA

0 più di una regione  
1 destra  
2 sinistra  
3 entrambi i lati  
4 frontale  
5 dorsale  
6 prossimale  
7 distale  
8 non specificato  
9 non applicabile

## ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE Costrutti e Qualificatori

### Capacità

Il livello più elevato probabile di funzionamento che la persona potrebbe raggiungere in un certo momento.

### Performance

Descrive ciò che una persona fa nel suo ambiente reale.

## Capacità

- l'**abilità intrinseca** di effettuare azioni di una persona
- ciò che un soggetto **può fare** (se vuole) quando l'ambiente non interferisce e non facilita
- l'ambiente non è una parte della nozione

## Performance

- descrive gli effetti reali dell'ambiente sulla performance del funzionamento di una persona
- Ciò che una persona fa realmente
- La nozione dipende dall'ambiente o dal contesto dell'azione

I costrutti sono modalità di dare un significato specifico alle dimensioni di Attività e Partecipazione. Tuttavia essi agiscono anche come qualificatori, pertanto devono essere operazionalizzati.

**Misurare il livello di performance di una persona** vuol dire descrivere accuratamente la sua performance in un'azione nel suo ambiente reale (a casa, scuola, lavoro, in comunità e così via).

**Misurare il livello di capacità di una persona** è più difficile. Si tratta di una misurazione scientifica effettuata in un ambiente standardizzato, studiato per neutralizzare gli effetti facilitanti od ostacolanti dei fattori ambientali. L'idea è di valutare l'abilità intrinseca, indipendente dall'ambiente, di una persona.

[la terapia riabilitativa utilizza molti setting standardizzati di misurazione, come portare oggetti, lanciai, afferrare e addirittura guidare un'automobile. Tuttavia l'OMS ritiene che non vi siano ambienti standard per essere un padre, essere impiegato come legale o partecipare alla politica. Queste capacità devono essere inferite sulla base delle capacità di una persona di effettuare azioni semplici che sono richieste da questi ruoli sociali più complessi.]

# QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE



# QUALIFICATORI DI ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE - Uso

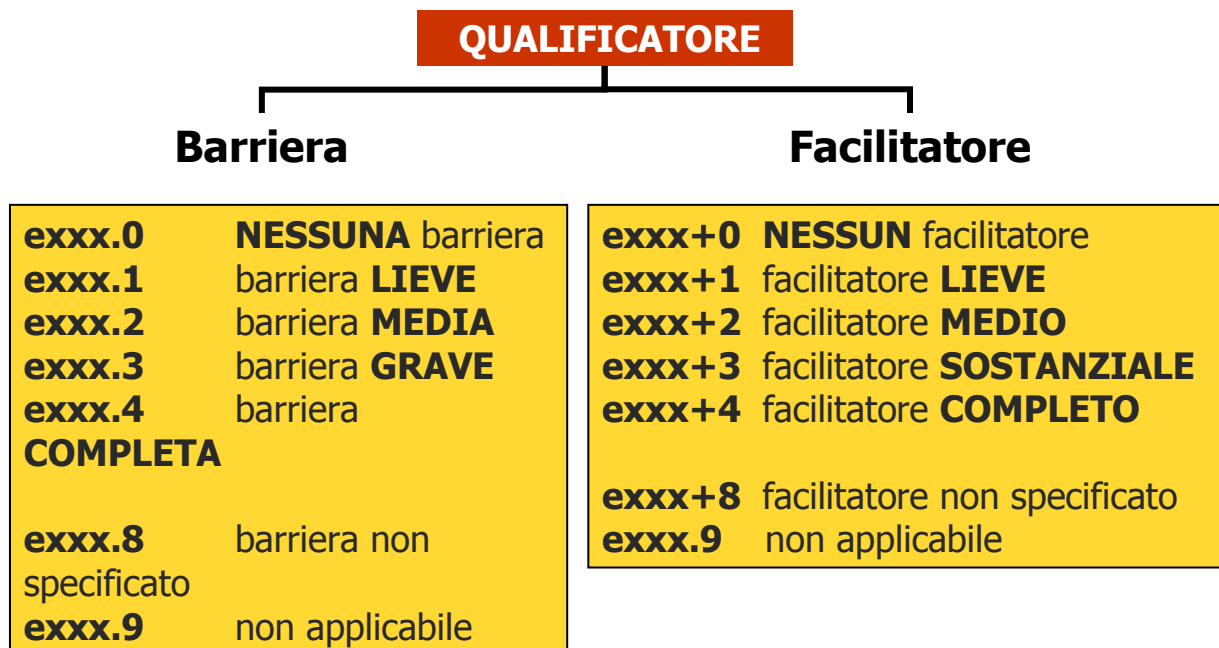
d450. \_\_ \_\_ camminare

d450.1 \_\_ camminare **con difficoltà lieve**

d450. \_\_ **2** moderata difficoltà nella capacità di camminare

d450.1 **2** moderata difficoltà nella capacità di camminare, e **difficoltà lieve** nel camminare

# FATTORI AMBIENTALI



## FATTORI AMBIENTALI - Esempi

*...Un bambino con ritardo mentale necessita di un insegnante di supporto...*

**e330+3**

Persone in posizione di autorità - insegnante: è un **facilitatore sostanziale**.

**e585+2**

Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione sono un **facilitatore medio**.

**e425.2**

Atteggiamenti individuali di conoscenti, colleghi, vicini di casa e membri delle società sono una **barriera media**.



fattori ambientali ci permettono di identificare le caratteristiche dell'ambiente di una persona...  
come **barriere al funzionamento** rendendo la performance di una persona **peggiore di quella attesa** dalla sua capacità

come **facilitatori al funzionamento** rendendo la performance di una persona **migliore di quella attesa** dalla sua capacità

*Normalmente i codici dei fattori ambientali dovrebbero essere usati unitamente ai codici di attività e partecipazione, in quanto abbiamo bisogno di sapere quali domini del funzionamento sono influenzati dall'ambiente.*

Nell'esempio i codici ci dicono che:

**e330+3** l'insegnante facilita sostanzialmente l'apprendimento del bambino

**e585+2** ma i servizi (per via del taglio di fondi) sono solo dei facilitatori medi

**e425.2** sfortunatamente gli atteggiamenti dei compagni di classe sono una barriera media all'apprendimento del bambino