

FrancoAngeli

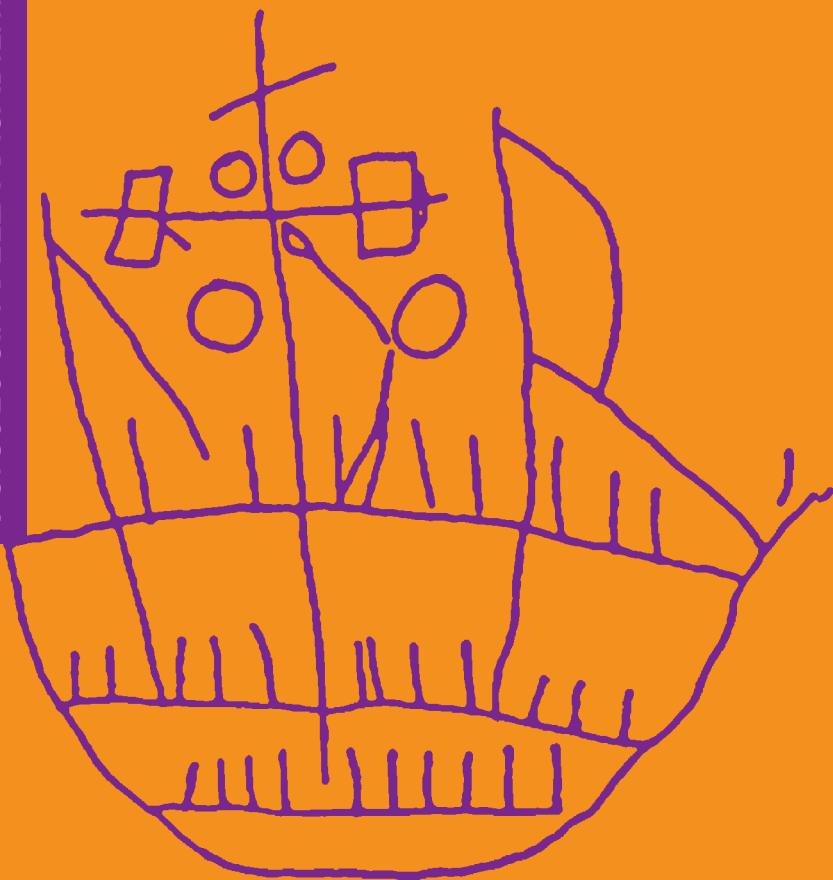
E DEI DISTURBI DELLO SVILUPPO

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ

Mirella Zanobini,
Paola Viterbori, Alda Scopesi

Le difficoltà e i disturbi del linguaggio attraverso le lenti dell'ICF

Introduzione di
Angelo Gianfranco Bedin



PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ E DEI DISTURBI DELLO SVILUPPO

La riflessione sulle disabilità e sui disturbi dello sviluppo necessita di continui aggiornamenti. È quindi importante non solo offrire una panoramica aggiornata delle conoscenze nei diversi settori e rendere conto della complessa interazione fra processi psichici, basi biologiche e fattori ambientali, ma anche documentare i mutamenti culturali, sociali e politici che orientano il dibattito e hanno ricadute sulla vita degli individui.

La collana raccoglie contributi di studiosi nazionali e internazionali su temi centrali per rilevanza scientifica e/o ricadute applicative: manuali di base, testi di ricerca, volumi e d'approfondimento su argomenti specifici, con un'attenzione costante ai contesti e ai processi che facilitano l'inclusione e l'integrazione come elemento trasversale, sfondo integratore dei diversi testi.

La collana si rivolge agli studenti che frequentano corsi di studio orientati a professioni psicologiche o socio-educative e al pubblico – sempre più ampio ed eterogeneo per formazione e competenze – di esperti del settore.

I volumi della Collana sono sottoposti a referaggio in doppio cieco.

Direzione scientifica: Mirella Zanobini

Comitato scientifico: Ottavia Albanese (Università di Milano-Bicocca), Lucia Bigozzi (Università degli Studi di Firenze), Cristina Caselli (Consiglio Nazionale delle Ricerche, Roma), Santo Di Nuovo (Università degli Studi di Catania), Walter Fornasa (Università degli Studi di Bergamo), Antonella Marchetti (Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano), Alessandra Sansavini (Università degli Studi di Bologna), Maria Carmen Usai (Università degli Studi di Genova), Paola Venuti (Università degli Studi di Trento), Renzo Vianello (Università degli Studi di Padova).

I lettori che desiderano informarsi sui libri e le riviste da noi pubblicati possono consultare il nostro sito Internet: www.francoangeli.it e iscriversi nella home page al servizio “Informatemi” per ricevere via e-mail le segnalazioni delle novità.

Mirella Zanobini,
Paola Viterbori, Alda Scopesi

Le difficoltà e i disturbi del linguaggio attraverso le lenti dell'ICF

Introduzione di
Angelo Gianfranco Bedin

FrancoAngeli

PSICOLOGIA DELLA DISABILITÀ
E DEI DISTURBI DELLO SVILUPPO

Si ringraziano i referee, che con i loro preziosi suggerimenti hanno aiutato a migliorare la qualità del volume.

Progetto grafico di copertina: Elena Pellegrini

Copyright © 2015 by FrancoAngeli s.r.l., Milano, Italy.

L'opera, comprese tutte le sue parti, è tutelata dalla legge sul diritto d'autore. L'Utente nel momento in cui effettua il download dell'opera accetta tutte le condizioni della licenza d'uso dell'opera previste e comunicate sul sito www.francoangeli.it.

Indice

Introduzione , di <i>Angelo Gianfranco Bedin</i>	pag.	9
1. ICF e valutazione del linguaggio nella pratica clinica , di <i>Paola Viterbori e Alda M. Scopesi</i>	»	21
1. Lo schema concettuale dell'ICF applicato ai problemi linguistici	»	21
2. Impatto dell'ICF sulla comprensione e sul trattamento dei disturbi linguistici	»	25
3. L'ICF e la valutazione delle difficoltà comunicative e linguistiche	»	27
4. Strumenti di valutazione del linguaggio alla luce dell'ICF	»	29
4.1. Strumenti standardizzati con norme di riferimento	»	31
4.2. Questionari osservativi	»	36
4.3. L'analisi dei campioni di linguaggio spontaneo e dell'interazione comunicativa in contesti naturali	»	39
4.4. Per concludere...	»	41
2. Parlatori tardivi e disturbi specifici del linguaggio , di <i>Paola Viterbori</i>	»	42
Premessa	»	42
1. Estensione del fenomeno e tipologie	»	43
1.1. Il ritardo di linguaggio	»	43
1.2. I disturbi specifici del linguaggio	»	45
1.3. La prevalenza dei disturbi del linguaggio	»	48
2. Il funzionamento in base all'ICF	»	48
2.1. Limitazioni e potenzialità nell'area linguistica	»	49
2.1.1. I disordini fonologici	»	49
2.1.2. I disturbi della componente espressiva del linguaggio	»	50

2.1.3. I disturbi della componente recettiva del linguaggio	pag.	52
2.1.4. I disturbi pragmatici	»	53
2.1.5. Esiti sullo sviluppo delle competenze scolastiche	»	55
2.2. Limitazioni e potenzialità nelle aree dello sviluppo non linguistico	»	57
2.2.1. Funzioni esecutive e memoria di lavoro non verbale	»	57
2.2.2. Abilità sociali e competenza emotiva	»	59
3. Fattori personali e fattori ambientali	»	61
4. Conclusioni	»	65
3. La disabilità uditiva interpretata alla luce dell'ICF, di Mirella Zanobini	»	69
Premessa	»	69
1. Estensione del fenomeno, tipologie e livelli di gravità	»	70
2. Il funzionamento in base all'ICF	»	72
2.1. Limitazioni e potenzialità nell'area linguistica	»	73
2.2. Limitazioni e potenzialità nelle aree dello sviluppo non linguistico	»	83
3. Fattori personali e fattori ambientali	»	89
3.1. Ambiente familiare	»	89
3.2. Impianti verso apparecchi acustici	»	90
3.3. Tipo di educazione	»	92
3.3.1. Metodi oralisti vs educazione alla lingua dei segni	»	92
3.3.1.1. Educazione bilingue e bimodale	»	93
3.3.2. Il Metodo creativo, stimolativo e riabilitativo della comunicazione orale e scritta con le strutture musicali di Zora Drežančić	»	94
3.4. Precocità dell'intervento	»	99
3.5. Decalogo delle strategie vincenti	»	99
4. Principi dell'ICF e studio delle disabilità intellettive: un connubio fecondo, di Mirella Zanobini	»	102
Premessa	»	102
1. Diagnosi e valutazione dei livelli di gravità	»	103
2. Il funzionamento in base all'ICF	»	105
2.1. Limitazioni e potenzialità nell'area cognitiva	»	106
2.1.1. Funzioni mentali generali	»	109
2.1.2. Funzioni mentali specifiche	»	111
2.2. Limitazioni e potenzialità nell'area linguistica	»	113

3. Fattori personali e fattori ambientali	pag.	117
3.1. L'inclusione scolastica	»	117
3.2. I sistemi di supporto	»	119
5. Status socio-economico e sviluppo linguistico, di Alda M. Scopesi		
<i>Scopesi</i>	»	121
Premessa	»	121
1. Cause delle differenze linguistiche precoci	»	123
1.1. Gli adulti parlano ai bambini: influenze sullo sviluppo linguistico	»	123
1.2. L'influenza dello status socio-economico (SES) sullo sviluppo linguistico	»	128
1.3. Sviluppo linguistico e SES: deficit o differenze?	»	134
1.4. Altre fonti di variabilità: il parenting	»	136
2. Status socio-economico e sviluppo neuro cognitivo	»	140
3. Strategie di intervento	»	143
Bibliografia	»	151

Introduzione

di *Angelo Gianfranco Bedin**

Obiettivo del volume

Le autrici, con un lavoro raffinato e approfondito, esaminano i problemi connessi allo sviluppo atipico del linguaggio, inteso sia come disturbo sia come deprivazione, e colmano un vuoto clinico, mediante una sistematica rilettura dei contributi scientifici su questi temi, finalizzata all'esigenza di fornire risposte in materia di inclusione. Le attività di recupero funzionale prospettate sono inquadrare in un approccio globale alla persona, e l'attività diagnostica, educativa e riabilitativa sono inserite all'interno delle linee dell'OMS, che collocano l'azione verso il soggetto nei suoi contesti di vita, nella sua dimensione di persona che subisce una condizione di disabilità in base all'interazione che ha con l'ambiente.

Si avvicinano all'uso dell'ICF collegandolo agli strumenti quotidianamente utilizzati nella pratica professionale, integrandoli con una lettura della persona e del suo contesto orientata a comprendere il linguaggio nelle sue molteplicità d'uso e nel suo impatto sull'autonomia del soggetto e sulla sua qualità di vita.

Il Contesto di riferimento e lo sviluppo dell'ICF

L'Organizzazione Mondiale della sanità (OMS), già dagli anni sessanta del secolo scorso, aveva evidenziato, con un ampio lavoro di ricerca internazionale, come la semplice diagnosi di malattia non fornisca informazioni sufficienti e adeguate sul funzionamento della persona nella vita quotidiana.

* Docente presso il Dipartimento di Scienze della Formazione, Università di Genova, Membro dell'Osservatorio Nazionale Diritti Persone con Disabilità 2011-2016.

Infatti, la condizione di svantaggio connessa a una restrizione – conseguente a una menomazione – nello svolgimento di azioni o attività considerate normali, genera a sua volta disabilità.

L'introduzione del concetto di *handicap* con l'ICIDH (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap) dell'OMS del 1980 ha messo in evidenza la *dimensione sociale* della disabilità e il condizionamento che questa genera sulla qualità di vita della persona. L'ICIDH ha cercato di contribuire a definire che cosa non va o cosa la persona non può fare rispetto ai 'normali'.

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute, dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, comunemente nota come ICF, nasce dal superamento di un modello finalizzato a intervenire sulle conseguenze della malattia e descrive nel dettaglio il funzionamento, consentendo di fare una 'fotografia' delle attività, funzioni e capacità della persona.

Propone un approccio globale alla disabilità non dando maggiore importanza a una dimensione rispetto a un'altra, ma ponendo in una dimensione di parità gli aspetti psichici, fisici e relazionali (modello bio-psico-sociale). Inoltre, amplia l'orizzonte di osservazione allargandolo all'ambiente, alle condizioni di partecipazione alla vita sociale e attiva. Rivoluziona l'approccio alla disabilità non ponendola come conseguenza lineare della menomazione, come specificità di quella persona, ma come *risultato dell'interazione di uno stato di salute della persona con l'ambiente in cui vive*.

L'ICF fa emergere in dettaglio quei fattori ambientali che costituiscono un ostacolo, o viceversa sono una opportunità per la qualità di vita della persona con disabilità. Declina categorie e fattori sull'uso di tecnologie di supporto, sulla componente sociale e professionale (famiglie e operatori) e sugli atteggiamenti che possono essere facilitanti o barriere per l'inclusione dell'individuo. Nei fattori ambientali dà ampio spazio alle politiche e alle strategie socio-assistenziali che possono promuovere servizi e interventi facilitanti la realizzazione della persona e la sua vita 'autonoma' e 'indipendente'.

L'approccio ai fattori ambientali non riguarda ciò che la persona non è in grado di fare, ma come essa vive nel suo ambiente naturale; permette quindi di evidenziare come differenti contesti e politiche, a parità di condizioni di salute, generino livelli di disabilità diversi.

Questo approccio trova casa ancor più dopo l'approvazione della Convenzione Onu sui Diritti della persona con disabilità, approvata dall'Assemblea delle Nazioni Unite il 13 dicembre 2006, che con la ratifica del Governo Italiano il 3 marzo 2009 è diventata legge di stato anche per l'Italia.

Scopo della Convenzione è “promuovere, proteggere e assicurare il pieno ed eguale godimento di tutti i diritti umani e di tutte le libertà fondamentali da parte delle persone con disabilità, e promuovere il rispetto della loro dignità”.

La Convenzione Onu rinforza il concetto di disabilità espresso con l’ICF ‘come il risultato dell’interazione tra una qualsiasi condizione di salute che può colpire qualunque persona in un contesto ambientale sfavorevole’.

Per la persona con disabilità la Convenzione propone un approccio che rivoluziona la nostra visione dell’*handicap*: qualunque cittadino nell’arco della sua vita, dal periodo prenatale alla vecchiaia, può, a seguito di un evento morboso, un trauma, una perdita permanente delle abilità fisiche, psichiche, sensoriali, cognitive o relazionali, a seguito di patologie congenite o acquisite, divenire una persona con disabilità.

Questo approccio allontana la definizione di una categoria sociale in cui spesso i disabili sono stati relegati con benefici e agevolazioni più o meno adeguate al loro sostentamento, per far invece riemergere la complessità della condizione di disabilità e gli elementi che sono causa di esclusione e discriminazione.

Il modello di riferimento che ci ha guidati nel secolo scorso e nei primi dieci anni di questo, fosse esso assistenziale, curativo, previdenziale, viene così a modificarsi, perché l’intervento dell’Istituzione non va inteso come integrativo sul piano economico o compensativo o riparativo o curativo di una condizione specifica, ma orientato a considerare il cittadino con disabilità come un soggetto con diritti che va incluso socialmente, riducendo le barriere che si frappongono fra la sua condizione e la possibilità di essere cittadino che esercita i suoi diritti.

La convenzione pertanto, oltre a individuare gli elementi che sono causa di esclusione e discriminazione, mette in luce le barriere che riducono o impediscono alla persona con disabilità la piena partecipazione alla vita della società sulla base di condizioni di eguaglianza fra cittadini.

È eloquente a questo proposito la stessa definizione di disabilità adottata dalla Convenzione “*Le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri*” (art. 1).

In questa prospettiva, la disabilità non è più categoria e condizione di un gruppo o popolazione specifica, ma diventa “*una condizione che ognuno può sperimentare durante la propria vita*” (Leonardi, 2005).

ICF e Linguaggio: problemi aperti e opportunità

La pubblicazione dell'ICF risale ormai al 2001 nella stesura della versione per adulti e al 2007 in quella per bambini e adolescenti. Sono trascorsi 15 anni e, parafrasando un vecchio detto, tutti sanno che c'è ma nessuno o pochi sanno come applicarla. È noto come, se ben padroneggiata, tale classificazione rappresenti uno strumento agile, utile e preciso per gli operatori, con un approccio interdisciplinare, un linguaggio universale e comune, accessibile ai tecnici ma anche alle famiglie e utilizzabile su più livelli: per capire a quali condizioni si riesce a includere efficacemente una persona con disabilità, per verificare un cambiamento significativo e per orientare le politiche per la salute.

In questo lungo periodo moltissimi operatori sanitari e scolastici hanno partecipato a incontri, discussioni, laboratori applicativi, progetti sperimentali, avvio di protocolli con e sull'uso dell'ICF, frequentemente a carattere divulgativo, ma non sempre sono riusciti a utilizzare appieno questo strumento di classificazione nel proprio contesto professionale; inoltre le Istituzioni preposte spesso non hanno garantito e sostenuto la continuità nel tempo nell'applicazione di tale strumento sul piano clinico, educativo e didattico.

Queste difficoltà professionali e istituzionali sono riconducibili a diverse condizioni talvolta percepite come ostative:

- la classificazione è una scala gerarchica di codici strutturati e, se non si padroneggiano le chiavi di lettura, diventa difficile muoversi al suo interno;
- la numerosità dei codici descrittivi e la loro articolazione fanno pensare a come bisognerebbe disporre di una memoria ciclopica per garantirne l'uso appropriato;
- l'approccio e l'uso dell'ICF per il mondo della disabilità prevedono una costante condivisione interdisciplinare fra componenti sanitarie, socio assistenziali e scolastiche nella formulazione della diagnosi funzionale, del progetto riabilitativo e di quello educativo, nonché del progetto di vita;
- non sempre è chiaro come il substrato culturale e scientifico dell'ICF, nonché l'approccio che tale classificazione propone alla condizione di disabilità, siano tali da giustificarne il suo uso in integrazione con gli altri strumenti attualmente presenti, come ad esempio la classificazione internazionale delle malattie (ICD-nelle versioni 10 o 11);
- non sempre l'ICF è percepito come uno strumento di aiuto e supporto al lavoro quotidiano degli operatori riducendo la loro fatica, ottimizzando i tempi a disposizione, integrando la normativa che orienta all'uso con procedure e supporti che ne semplifichino il funzionamento;

- il modello di riferimento dell'ICF richiama a un approccio globale alla persona e pone la persona con disabilità al centro; conseguentemente, le prestazioni da erogarsi devono essere appropriate, coerenti con i suoi bisogni, raggiungibili, misurabili, condivise fra le diverse componenti e *in primis* con la famiglia o l'utente portatore di diritti;
- le modalità di offerta professionale, sia essa educativa, sanitaria o sociale, vanno ricondotte a una visione della disabilità che superi la ricerca di prestazioni eccellenti o mirate a colmare le differenze connesse a quella disabilità, ma piuttosto siano funzionali a un progetto di vita il più possibile autonoma e indipendente anche in condizioni di vita assistita.

Proviamo a comprendere, nelle pagine che seguono e nel corso del volume, come concretamente tali caratteristiche costituiscano un'opportunità e possano migliorare e arricchire il lavoro degli operatori che da vari punti di vista professionali concorrono alla valutazione e all'intervento nel campo delle difficoltà di linguaggio.

Perché le categorie ICF per i disturbi del linguaggio

Nel porsi l'obiettivo dell'inclusione sociale della persona con disabilità in questa società centrata sulla comunicazione e sui *media*, dobbiamo prestare molta attenzione al linguaggio, ai disturbi specifici del linguaggio e ai soggetti che in un quadro di disturbo generalizzato dello sviluppo non acquisiscono o perdono l'uso del linguaggio.

Lavorare in clinica o nei servizi socio educativi o nella scuola e occuparsi di disabilità, di inclusione, di marginalità sociale vuol dire anche saper comunicare nel significato latino '*communis agere*', mettere dentro mura comuni esperienze, emozioni, sentimenti, capacità, cioè scambiare e interagire con gli altri, acquisire regole e modalità adeguate, saper modulare lo scambio, rispettare la sequenza e differenziare turni e ruoli. Significa mettere l'individuo in condizione di acquisire maggiore padronanza nelle abilità sociali, di cui la comunicazione è parte fondamentale e il linguaggio un pilastro strutturale. Una riflessione specifica sulla possibilità di supportare le competenze linguistiche del bambino con disabilità permette agli operatori di avere un riferimento altrimenti assente nell'ambito applicativo.

Tra gli strumenti realizzati per l'utilizzo in clinica dell'ICF, negli ultimi dieci anni sono stati pubblicati su riviste scientifiche oltre 35 *core set* (protocolli clinici standardizzati a livello internazionale in versione breve e/o completa) composti da una lista di categorie dell'ICF che sono comuni o rilevanti per la maggior parte di pazienti con quella condizione di salute specifica (Bedin, 2010) o che utilizzano una medesima offerta riabilitativa. A titolo d'esempio ricordiamo alcuni *core set* relativi a patolo-

gie quali: Lombalgia, BPCO (Bronco-Pneumopatia Ostruttiva Complessa), Cancro mammario, Artrite Reumatoide, Stroke, Depressione, Autismo, Dolore Cronico, Frattura d'anca, Ritardo Mentale, Obesità, Diabete, Lungodegenza, Demenze, Degenze per disabili adolescenti e adulti. Tuttavia non ci sono lavori sui Disturbi del Linguaggio o più in generale sui Disturbi dello sviluppo.

Nei *core set*, i codici ICF che formano la scheda che si utilizza per la Diagnosi Funzionale, finalizzati a valutare periodicamente l'appropriatezza della prestazione, la validità del trattamento e i progressi prima e dopo il trattamento, rappresentano sia i bisogni della persona in trattamento sia la tipologia di servizi e prestazioni riabilitative ed educative offerte. I codici afferenti allo sviluppo e alle patologie del linguaggio nell'economia del *core set* sono sempre pochi.

Anche le *checklist* standardizzate e utilizzate per gli adulti o realizzate per bambini e adolescenti, dovendo rappresentare con circa 120/130 codici tutto l'ambito di valutazione osservabile per quella fascia di età, si soffermano sull'uso dei codici di secondo livello (ad esempio orientamento) e non vanno in dettaglio a un livello più approfondito (orientamento verso lo spazio, il tempo, le persone, i luoghi); inoltre non esistono *checklist* che toccano specificatamente le tematiche del linguaggio – se non per il capitolo 3 (comunicazione) delle componenti attività e partecipazione (OMS, 2008).

Lo stesso uso completo del sistema gerarchico ICF richiede un'ampia riflessione sulle singole aree e capitoli dello strumento e sulle correlazioni che intercorrono fra domini e capitoli al suo interno e fra codici ICF e test standardizzati di uso comune in clinica.

Mancano per i disturbi del linguaggio riflessioni teoriche e sperimentazioni sull'uso dell'ICF, così come un insieme di strumenti che renderebbero più facile la formulazione di diagnosi funzionali e di progetti di vita, di progetti riabilitativi ed educativi, utilizzando l'ICF come disposto dalla normativa nazionale e dagli orientamenti dell'Organizzazione Mondiale della Sanità.

Questo volume può quindi rappresentare un valido contributo per applicare l'ICF nella scuola e nella sanità.

I disturbi del linguaggio alla luce delle categorie dell'ICF

L'ICF ci permette di leggere con la sua organizzazione gerarchica per componenti (Strutture, Funzioni, Attività e Partecipazione, Ambiente) i 'Capitoli' interni a ogni componente o dominio (esempio in Attività e Partecipazione: *cap. 1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze, cap. 2 Compiti e richieste generali, cap. 3 Comunicazione, ecc.*), e con i singo-

li codici o item la differenziazione macro e i singoli dettagli descrittivi di ogni codice.

Il descrittivo che accompagna ogni codice ICF riduce il margine interpretativo dell'operatore sul significato da attribuire a quel codice. La specificazione che per quel codice sono incluse quelle attività o funzioni e sono escluse altre descrizioni aiuta ulteriormente l'utilizzatore a condividere un linguaggio convenzionale, specifico, indipendentemente dalla nazione in cui si opera e si applica l'ICF e dal ruolo che si riveste.

L'utilizzo dei qualificatori quantifica o descrive, per ogni item interessato, il livello di incidenza di quella specifica menomazione che contribuisce a produrre disabilità.

Così la strutturazione a livello gerarchico e la sua articolazione per domini, capitoli e categorie permette di operare delle scelte a livello di organizzazione del sistema di valutazione, sia nella scelta degli strumenti sia nel livello di dettaglio a cui si vuole operare con l'uso di tutta la scala gerarchica per le attività diagnostiche. Si può operare a un livello globale o di dettaglio, scegliendo la risposta a seconda della dimensione in cui si vuole agire e confrontarsi con altri operatori. Quindi si può scegliere di specificare la risposta a un livello superiore, se si preferisce analizzare blocchi di comportamenti, oppure per singoli item più dettagliati, utilizzando gli item che insieme vanno a formare il livello superiore, come nell'esempio sottostante, dove il d310 fa parte del cap. 3 e comprende i livelli inferiori:

Capitolo 3 Comunicare

(d310) Comunicare con – ricevere messaggi verbali

(d3100) Reagire alla voce umana

(d3101) Comprendere messaggi verbali semplici

(d3102) Comprendere messaggi verbali complessi

Ovviamente, se l'obiettivo è quello di rilevare se il bambino comprende i significati impliciti dei messaggi ed è in grado di rispondere ai messaggi verbali complessi, si utilizzerà il livello superiore (d310); se ci si propone di capire se il soggetto è capace di reagire in modo elementare alla voce umana, di rispondere in modo appropriato a una consegna o a un comando diretto, o di capire un'azione complessa (ad esempio, reagire in modo appropriato a delle istruzioni ponendo domande), si potranno utilizzare i diversi codici specifici. In termini di esclusione, i codici sulla comunicazione del capitolo 3 non riguardano né il leggere (*cap. 1 apprendimento e applicazioni della conoscenza* della componente o dominio Attività e partecipazione) né l'eseguire un compito (stesso dominio *cap. 2 compiti e richieste generali*), ma solo il comunicare, inteso come ricezione e come produzione.

In questo dominio i qualificatori utilizzati riguardano la capacità e le *performance* della persona. I qualificatori relativi alle capacità rilevano come l'individuo risponde in una situazione neutrale senza alcun aiuto dell'operatore o di ausili mirati, quelli relativi alle *performance* invece mettono in luce se gli accorgimenti, o l'uso di una tecnologia, di un correttore, o l'aiuto strutturato dell'insegnante specializzato migliorano la prestazione. In questo modo sarà possibile individuare obiettivi da raggiungere (valutazione *ex ante*), oppure valutare le possibilità di miglioramento effettivo (valutazione *ex post*), indipendentemente dalle capacità 'neutre' del soggetto.

È molto importante sottolineare come l'approccio globale alla persona, che troviamo capitolo per capitolo dell'ICF, sia presente anche nelle interdipendenze che si generano fra gruppi di fattori. Nell'esempio sulla Comunicazione richiamiamo la correlazione che si presenta fra questo dominio *Attività e Partecipazione* con il dominio *Strutture corporee* (s) all'omonimo capitolo 3: *Strutture coinvolte nella Voce ed eloquio*.

In tale capitolo si evidenziano il tipo di danno alle parti anatomiche e le menomazioni nella struttura corporea. Si pensi alla deviazione del setto nasale, alla modificazione morfologica dell'area bucco-facciale, agli 'ossicini' dell'orecchio medio che trasmettono le vibrazioni all'orecchio interno. L'équipe quindi approfondisce e legge le relative interdipendenze.

Sempre per quanto riguarda la Comunicazione troviamo connessioni anche con il dominio *Funzioni Corporee* (b).

Citiamo a titolo di esempio:

Capitolo 3 Funzioni della voce e dell'eloquio

b310 Funzioni della voce

b320 Funzioni dell'articolazione della voce

b330 Funzioni della fluidità del ritmo e dell'eloquio

b340 Funzioni di vocalizzazione alternativa

Capitolo 2 Funzioni Sensoriali e del dolore

b210 Funzioni uditive

b235 Funzioni vestibolari

L'aspetto inerente le funzioni evidenzia il livello di funzionamento e/o di menomazione di una data caratteristica nei suoi diversi aspetti: per esempio, per la funzione uditiva (b210) la capacità di riconoscere la presenza di suoni e di discriminare la loro localizzazione, il tono, l'intensità e la qualità; per la funzione della voce e dell'eloquio gli aspetti inerenti la produzione di suoni e parole: dalla produzione attraverso la coordinazione, tramite il passaggio di aria dalla laringe, dell'articolazione dei fonemi, alla fluidità, al ritmo, alla velocità e alla melodia dell'eloquio.

Il dominio *Funzioni corporee* ci aiuta a descrivere la parte ‘malfunzionante’, ‘difettosa’ connessa alla comunicazione: descrive quindi la parte di disabilità a cui già eravamo abituati.

Il dominio *Attività e partecipazione* invece mette in luce sia la capacità di eseguire un compito o di svolgere un’attività sia le difficoltà che l’individuo incontra nello svolgere quell’attività.

La stessa comunicazione impatta anche *con il* dominio *Ambiente* (e) e i diversi Capitoli interessati

Capitolo 1 Prodotti e tecnologie

e125 prodotti e tecnologie per la comunicazione

e130 prodotti e tecnologie per l’istruzione

Il capitolo 1 e le sue categorie ci permettono di approfondire l’approccio a una determinata condizione di disabilità attraverso una lettura che metta in luce la presenza di barriere o facilitatori: per esempio, la disponibilità e accessibilità di strumenti e prodotti tecnologici che possano facilitare la comunicazione in presenza di una menomazione o di un danno al linguaggio verbale. Si pensi all’uso dei *Picture Communication Symbols* (PCS), utilizzati in Comunicazione Aumentativa Alternativa per interagire con individui con disturbi generalizzati dello sviluppo o in presenza di esiti da Paralisi Cerebrali Infantili con tetraparesi spastica e danno al linguaggio sia in comprensione sia in produzione. In questo caso, la presenza di dotazioni e materiali tecnologici utilizzabili anche all’interno della scuola, quali tavolette modificate per la tastiera di un computer o possibilità d’uso di ausili come pc o lavagna interattiva, possono migliorare la qualità dell’istruzione.

Queste variabili a loro volta influenzeranno la qualità della prestazione della persona sia sul piano della motivazione sia dell’energia nel medesimo dominio *Attività e partecipazione*.

I successivi capitoli del dominio *Ambiente* richiamano altri aspetti che influenzano la condizione di disabilità in termini di ambiente naturale, di risorse su cui il soggetto può contare nella sua vita, ma anche iniziative a livello di comunità per disporre di una società migliore.

Capitolo 2 Ambiente naturale

e250 suono

e2500 Intensità del suono

e2501 Qualità del suono

Capitolo 3 Relazioni e Sostegno sociale

e310 famiglia ristretta

e320 Amici

e340 Persone che forniscono assistenza

e355 Operatori sanitari

e360 Altri operatori

Capitolo 4 Atteggiamenti

e410 Atteggiamenti individuali dei componenti della famiglia ristretta

e420 Atteggiamenti individuali degli Amici

e440 Atteggiamenti individuali delle Persone che forniscono assistenza

e455 Atteggiamenti individuali degli Operatori sanitari

e460 Atteggiamenti individuali degli Altri operatori

Capitolo 5 Servizi, Sistemi e Politiche

e535 Servizi, sistemi e politiche di comunicazione

e555 Servizi, sistemi e politiche delle associazione e delle organizzazioni

e535 Servizi, sistemi e politiche dei mass media

e555 Servizi, sistemi e politiche di sostegno sociale generale

e535 Servizi, sistemi e politiche sanitarie

e555 Servizi, sistemi e politiche dell'istruzione e della formazione

Il dominio *Ambiente* rivede completamente l'approccio alla disabilità perché in alcuni casi, come nel capitolo 2, si contestualizzano gli aspetti oggettivi dell'ambiente (*e200 clima*), mentre in altri si evidenzia la presenza di risorse (*e300 famiglia, amici, operatori*) o si descrivono gli atteggiamenti (*e400*) di queste risorse come più o meno adeguati a favorire il processo di miglioramento dell'individuo (si pensi alle aspettative sulle prestazioni che esprimono gli operatori o i familiari verso il disabile sia nella riuscita di un'attività sia, ad esempio, nella capacità e possibilità di vivere in autonomia pur in presenza di una complessa disabilità neuromotoria).

La famiglia può trovare così un ruolo attivo nel progetto di vita del figlio con disabilità; essere oggetto di osservazione puntuale per una misura della sua qualità e valore come partner; da valorizzare per la contribuzione, la fatica psicologica, per gli atteggiamenti e le emozioni che vive ed esprime verso il proprio figlio; per le energie che investe e mette a disposizione, per la credibilità e la speranza di cui si fa portatrice per un'inclusione sociale. La famiglia diventa così oggetto e soggetto di azione come parte determinante e irrinunciabile alla riuscita di una progettualità condivisa, in una alleanza terapeutica con gli operatori che si occupano di erogare servizi per il ragazzo disabile e con le istituzioni che si occupano di politiche per la disabilità.

In sintesi, una lettura con l'ICF ci permette di cogliere quanto una condizione di disabilità più o meno accentuata sia riconducibile al contesto, alle politiche e alla presenza di servizi. La qualità di vita di una persona con

disabilità sarà migliore se questa vive in un paese attento alle politiche sociali, alla disabilità, al rispetto dei diritti, all'inclusione sociale, all'istruzione e alla formazione professionale o superiore o universitaria come opportunità credibile per tutti.

L'ICF, se diventa non solo uno strumento per gli operatori ma anche una chiave di lettura per gli amministratori locali, è in grado di far emergere quei fattori ambientali che sono di ostacolo per programmare strategie e politiche sanitarie e sociali volte a ridurre la disabilità e a introdurre facilitatori che favoriscano la realizzazione e l'autonomia anche assistita dell'individuo.

L'ICF come strumento condiviso fra diverse componenti sanitarie, educative, scolastiche, utilizzato a livello interdisciplinare favorisce così una cultura della differenza come risorsa, della contribuzione, dell'accettazione che viene agita sia in fase di valutazione e diagnosi che di progettualità. Permette inoltre di offrire un percorso di cura, assistenza e istruzione puntuale e preciso, con una visione di dettaglio e globale, attenta alle esigenze e ai bisogni dell'individuo, nella prospettiva di un adeguato inserimento sociale e di una piena inclusione.

Articolazione del lavoro

Il **primo** capitolo, di Viterbori e Scopesi, offre un quadro generale sull'impatto dell'ICF nella valutazione e nell'intervento, in presenza di difficoltà di linguaggio di diversa origine. Propone inoltre una rassegna dei principali strumenti di valutazione del linguaggio diffusi nei contesti sanitario e scolastico, specificando per ogni test i collegamenti con i domini, i capitoli e le categorie dell'ICF interessati. Le autrici sottolineano tuttavia la difficoltà per il clinico di aderire in modo completo al modello proposto dall'ICF, dal momento che i test sono in genere focalizzati sui diversi aspetti della competenza linguistica e mirati alla verifica del grado di funzionamento di una determinata abilità, piuttosto che alla valutazione del ruolo dei fattori contestuali o delle limitazioni nelle Attività e nella Partecipazione.

I capitoli che seguono si articolano in tre grandi macro tematiche: i disturbi specifici, le difficoltà connesse a situazioni di disabilità e quelle derivate da condizioni ambientali sfavorevoli.

Nel **secondo** capitolo, Paola Viterbori effettua un inquadramento dei Disturbi specifici del linguaggio attraverso un approfondimento sulle limitazioni e potenzialità non solo nell'area linguistica, ma anche in altre aree dello sviluppo. Si mette così in discussione un'accezione forte del concetto di specificità, attraverso l'esame di diversi dati della letteratura, che mostrano come il disturbo di linguaggio non coinvolga esclusivamente il modulo lin-