

ICF

E' la risposta riabilitativa all'ICD (International Classification of Disease) che ha permesso di avere un linguaggio comune su tutte le patologie ad es. un paziente che viene curato in Italia e deve trasferirsi all'estero con la diagnosi classificata con l'ICD i colleghi esteri sapranno esattamente da quale patologia egli è affetto.

La necessità di una nuova classificazione del funzionamento è nata per una considerazione: due pazienti con codice ICD per ictus non è detto che abbiano le stesse disabilità, lo stesso funzionamento e la stessa partecipazione nel sociale per cui ci si è resi conto che anche il bisogno riabilitativo era differente.

Il bisogno riabilitativo di un soggetto di 80 anni con ictus ischemico e un ragazzo di 25 anni con la medesima patologia sarà diverso e certamente legato alla loro condizione clinica così come il loro grado di partecipazione sociale.

Ciò ha reso indispensabile definire meglio e con altri criteri il paziente nell'ambito della medicina fisica e riabilitativa.

Inizialmente fu proposta la classificazione ICIDH (International Classification of Impairment, Disease and Handicap 1980) non accettata da tutti e nemmeno dall'OMS anche se è entrata in vigore nella maggior parte degli istituti ed è quella attualmente utilizzata dalla regione Campania.

E' una classificazione abbastanza lineare (secondo la quale ad ogni *impairment* corrisponde una disabilità ed ad ogni disabilità un handicap) in realtà non è così lineare come sembra in quanto non è detto che ad un *impairment* scaturisca sempre una disabilità e così via...

Sempre considerando il nostro esempio di partenza (l'ictus) avremo che l'IMPAIRMENT sarà rappresentato dalla riduzione della forza muscolare di uno dei due emilati o dalla riduzione dell'escursione articolare o ancora dall'aumento del tono muscolare.

La DISABILITA' conseguente potrebbe essere che il paziente non è più in grado di deambulare o scrivere.

L'HANDICAP corrispondente sarà che non può muoversi da solo liberamente per casa o uscire o andare a lavorare a piedi.

Ma ci si è resi conto che anche questa classificazione era un po' riduttiva in quanto non sempre e non necessariamente c'è questa linearità.

Ad es. un pz. con amputazione dell'arto superiore avrà certamente un *impairment* ma la disabilità come l'*handicap* conseguenti sono relativi, infatti potrebbero essere ridotti dal tipo di protesi utilizzata.

Così nel 2002 fu creata la classificazione **ICF (International Classification of Functioning and health)** presentata dall'OMS ed attualmente in vigore.

Si basa su un modello BIO-PSICO-SOCIALE ed utilizza un linguaggio politicamente più corretto rispetto a quello dell'ICIDH perché non si parla più di malattia ma di "stato di salute" secondo la definizione dell'OMS del concetto di salute ovvero "*stato di benessere fisico, psichico e mentale percepito dal paziente stesso*" e laddove prima si parlava di impairment ora si parla di FUNZIONI E STRUTTURE corporee: non si parla di menomazione, che già di per sé ha un'accezione negativa ma piuttosto di strutture corporee che possono essere più o meno funzionanti senza alcuna accezione positiva o negativa.

Il corrispettivo della disabilità è invece l'ATTIVITA' cioè invece di dire cosa il pz non è in grado di fare diremo cosa è in grado di fare (a noi interessano le limitazioni nell'attività che sono il corrispettivo della disabilità).

La PARTECIPAZIONE è il corrispettivo dell'handicap e gli eventuali problemi che incontra il pz nel partecipare a delle attività sociali vengono chiamate "restrizioni".

Quello che differenzia nettamente questa classificazione dalla precedente sono i FATTORI CONTESTUALI rappresentati dai fattori personali e dai fattori ambientali che prendono in considerazione il background socio-esistenziale del pz (per es. palazzo con ascensore, eventuali barriere architettoniche, strutture socio assistenziali a norma, la vicinanza di familiari etc) sono tutti fattori la cui presenza o assenza possono determinare certamente una minore o maggiore limitazione nelle attività ed una maggiore o minore restrizione nella partecipazione sociale.

Un soggetto in carrozzina che abita all'ultimo piano di un palazzo senza ascensore avrà grosse limitazioni a scendere di casa se almeno non gli impiantano un ascensore o un servo scale e questo gli comporterà notevoli restrizioni nella partecipazione sociale; un soggetto che invece vive in un palazzo con ascensore avrà una limitazione della restrizione nel sociale che è minima.

Un altro es.: se un soggetto ha una paralisi ad un arto superiore e riesce quindi a superare senza difficoltà una rampa di scale potrà benissimo raggiungere i suoi amici al piano di sopra per partecipare alla discussione e dunque non avrà alcuna restrizione alla partecipazione sociale perché riesce comunque a parlare e a salire le scale e quindi nonostante questa sua menomazione non è ristretto a questa particolare attività.

L'ICF è dunque nata con l'intento di fornire un linguaggio comune nell'espressione del funzionamento e della disabilità dello stato di salute.

ATTIVITA': esecuzione di un compito da parte di un individuo.

PARTECIPAZIONE: coinvolgimento nella situazione di vita quotidiana e rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento per cui il fatto di salire e scendere le scale è semplicemente l'attività che gli permette di essere coinvolto in quella particolare attività sociale e quindi di partecipare.

Nell'ambito della classificazione ICF esistono tantissimi codici, in particolare ne sono stati individuati 493 per le funzioni corporee e 310 per le strutture corporee tutti raggruppati nel libro dell'ICF.

Ma qual è la differenza tra le funzioni e le strutture corporee?

Le **STRUTTURE** sono le parti anatomiche come il cervello ad es. mentre le **FUNZIONI** sono la coscienza, l'orientamento, l'attenzione svolte dalle strutture stesse.

Ci sono poi delle sigle che ci indicano di cosa stiamo parlando per es. le body function presentano un codice numerico preceduto dalla lettera B (body); le body structure sono precedute dalla lettera S (structure); attività e partecipazione dalla lettera D; fattori ambientali dalla lettera E (impairment). Ad oggi non sono stati ancora classificati i fattori personali in quanto è un'area molto vasta.

Per un paziente disabile nell'ambito dell'ICF, andando a sommare tutti i fattori, ci ritroviamo con 1454 item, quasi 1500. Dunque nella pratica clinica, in particolare nell'attività ambulatoriale, è impossibile che si possa valutare il paziente secondo tutti i codici.

Pertanto, è nata la necessità di creare dei *Core Set* per superare la difficoltà dell'utilizzo del codice intero.

Ma cosa sono i **Core Set**? Sono un insieme di codici selezionati per patologia.

Oggi parleremo del Core Set per l'ictus.

Nell'ambito dei circa 1500 codici dell'ICF ne sono stati individuati circa 80, che sono quelli più frequenti nei pazienti con ictus, dunque sono quei codici che dovrebbero essere sempre tenuti in considerazione quando si valuta un paziente colpito da ictus.

In realtà, sono una lista di categorie con uno spettro tipico di un problema, in relazione al funzionamento e ai fattori ambientali in un paziente con quella specifica condizione patologica (ne esistono per l'ictus, per la sclerosi multipla, per l'osteoporosi). In particolare esistono due tipi di Core Set:

1) CORESET OMNICOMPENSIVO

E' quello che dovrebbe essere utilizzato in reparto.

Per cui se, ad esempio, ho un paziente con ictus che resterà ricoverato per tre mesi sarà possibile valutarlo proprio con questo Core Set omnicompensivo, perché

comunque non lo farò tutto io. Infatti, non sarò l'unico professionista nell'ambito del team riabilitativo ma ci sarà il fisioterapista, il logopedista, l'assistente sociale, pertanto io mi occuperò sicuramente dei codici relativi alle strutture e ad alcune delle funzioni principali.

Mentre all'approfondimento della funzione della deglutizione potrà collaborare il logopedista, il fisioterapista mi potrebbe dare una mano per l'attività e la partecipazione (cosa riesce a fare), l'assistente sociale mi potrebbe dare una mano per completare i fattori ambientali perché conoscerà il paziente da un punto di vista sociale (saprà con chi vive, se abita in una casa con o senza ascensore ecc...).

Pertanto compilare questo Core Set in reparto è piuttosto semplice, ovviamente è troppo lungo nell'ambito di una visita ambulatoriale, per cui si è deciso che, fra tutti questi codici, quelli che sono proprio effettivamente i più frequenti nel pool di pazienti esaminati con ictus vengono ad essere inclusi nel:

2) BRIEF CORE SET

Questo comprende 10-15 codici che sono proprio indispensabili da valutare per ogni paziente con ictus.

Il Brief Core Set è proprio quello che abbiamo utilizzato per l'osteoporosi (le schede del progetto PATO), perché dovendo vedere questi pazienti in ambulatorio non potevamo utilizzare tutti i 60 codici del Core Set Omnicomprensivo e quindi abbiamo deciso di basarci su quei 15.

Le categorie dell'ictus ritenute indispensabili e che fanno parte soltanto del Brief Core Set sono:

FUNZIONI CORPOREE

- *Funzioni della Coscienza:* è fondamentale definire se il paziente è cosciente o meno, altrimenti non possiamo stabilire il fabbisogno riabilitativo di un paziente.
- *Funzioni di Orientamento temporo-spaziale:* perché è diverso curare un paziente che sa dove si trova e cosa sta facendo rispetto ad uno che non lo sa.
- *Funzioni Mentali e del Linguaggio:* se il paziente riesce a comprendere quello che viene detto e quindi è presente nella conversazione.
- *Funzioni della forza muscolare.*

STRUTTURE CORPOREE

- *Cerebrali:* nel caso dell'ictus ovviamente la struttura principale è il cervello. L'anno scorso quando andammo al corso organizzato per l'ictus, uno dei

relatori disse una sciocchezza perché affermò che l'ictus poteva essere definito semplicemente con il codice dell'arteria occlusa. Non è vero perché se indico l'occlusione di un'arteria, questa non si trova solo nel cervello ma ovunque, posso avere un infarto in qualsiasi parte del corpo di una persona e non necessariamente devo parlare di ictus cerebrale. Quindi nel Brief Core Set mi sembra evidente che è incluso il cervello e non l'arteria.

- *Del Sistema Cardiovascolare.*
- *Della Regione della Spalla.*
- *Degli Arti Superiori.*
- *Degli Arti Inferiori.*

Tutte queste sono incluse nel Core Set Omnicomprensivo però la cosa principale è che ci sia una visione a livello cerebrale, altrimenti non definisco l'ictus.

ATTIVITA'

- *Parlare:* è una delle attività indispensabili di una persona perché ci permette di comunicare i nostri bisogni, quindi quest'attività ci dà proprio il peso sul fabbisogno riabilitativo. La situazione cambia se il paziente parla e comunica i suoi bisogni rispetto a se non lo sa fare. Il nostro progetto riabilitativo sarà completamente diverso in quanto è diverso il fabbisogno riabilitativo.
- *Camminare.*
- *Lavarsi:* è importante se lo sa fare da solo oppure no perché dobbiamo decidere se deve avere una badante per 24 ore su 24 o solo per poche ore.
- *Mangiare da solo.*

Ovviamente ci sono anche altre attività, come per esempio il parlare si suddivide in: comunicare con, ricevere messaggi scritti, comunicare e ricevere messaggi non verbali, comunicare e ricevere messaggi parlati, produrre messaggi non verbali, scrivere messaggi, conversare.

Tutte queste sono incluse nel Core Set Omnicomprensivo, ma non nel Brief Core Set perché se sto in reparto e ho la logopedista che mi fa la differenza nella comunicazione del paziente, è lei che mi riesce a valutare tutte queste sfumature. Se invece sono in ambulatorio e devo fare una prescrizione di una logopedia o di una fisioterapia e devo capire se necessita di cinque o di tre volte a settimana di terapia, a me va bene anche una cosa più o meno grossolana avendo una idea generale di quale è il fabbisogno riabilitativo. Mentre in reparto conoscere tutte le sfumature e il fabbisogno riabilitativo del paziente è indispensabile.

L'unico codice che è stato inserito nei **Fattori Ambientali** dello stroke è la *famiglia ristretta*, che è stata considerata da tutte le persone che hanno partecipato al

progetto dell'ICF Core Set per l'ictus la forza ambientale maggiore che può fare la differenza nel paziente. Infatti il fabbisogno riabilitativo cambia se il paziente vive o non vive con dei familiari o non ha dei familiari che possano curarsi di lui.

In realtà la famiglia ristretta dà anche la volontà riabilitativa, i pazienti con familiari che fanno loro visita e che li incoraggiano a recuperare, recuperano molto più in fretta di quelli abbandonati anche se molto dipende dal carattere del paziente.

I Fattori Ambientali sono gli unici fattori in cui l'Ambiente può rappresentare una facilitazione o anche una barriera, quindi nel caso della famiglia ristretta noi possiamo considerare la famiglia del paziente, che ci sia o non ci sia, tanto una facilitazione quanto una barriera. Pertanto il giudizio dipende dalla valutazione che noi diamo ai fattori ambientali.

Chi non conosce l'ICF come critica gli muove il modo in cui si realizzano questi Core Set, si domandano il perché si dovrebbero accettare questi come fattori che vanno bene per l'ictus e non altri.

I Core Set alla base hanno una procedura impegnativa e diciamo che in questo gli svizzeri sono organizzatissimi (la base dell'ICF si trova in Svizzera). Hanno una organizzazione specifica per cui non tutti i Core Set sono promossi da loro, ma ci possono essere gruppi di altri paesi. Un gruppo svedese con cui collaboro ha chiesto di fare il Core Set per i disturbi dell'udito. È difficile da fare, ci sono tante possibilità, il paziente può avere disturbi dell'udito perché è nato sordo, oppure lo è diventato in tarda età. Ovviamente cambiano i bisogni e le necessità nonché le possibilità di recupero. Quindi questo gruppo svedese ha chiesto di fare il Core Set, proponendo un progetto e finanziandolo. L'ICF branch che è questo gruppo che lavora sullo sviluppo dei Core Set, dà tutta la loro esperienza a titolo gratuito e li aiutano anche con i finanziamenti.

Ma come si fa un Core Set?

Innanzitutto ci si deve porre la domanda: quali sono le aree del funzionamento, delle disabilità e della salute correlate ad una determinata condizione patologica?

Il progetto è più o meno il seguente, si articola attraverso più fasi e può durare minimo due anni ma generalmente dura molto di più.

FASE 1:

È la *fase preparatoria*. Le persone incluse in questo gruppo sono varie. Infatti il gruppo svedese ha chiamato altri esperti da tutto il mondo, per cui oltre ad esserci tre svedesi, c'è una dottoressa olandese, otorini, psicologi, etc... Quindi ci deve essere una varietà di esperti che completano il team che deve occuparsi di quella

patologia, e devono essere diffusi in tutto il mondo, in quanto un disabile in Svezia è diverso da un disabile in Sudafrica. Poiché questa classificazione deve essere valida in tutto il mondo, anche il nostro Core Set deve avere una prospettiva di paziente affetto da quella patologia che proviene da tutto il mondo.

La fase preparatoria è abbastanza lunga e comprende 4 sottofasi:

1. **Revisione sistematica retrospettiva della letteratura:**

Come si fa?

- ✓ Innanzitutto non si prende un unico database, se ne prendono almeno cinque e si fa una lista di parole chiave che si ricercano nei database.
- ✓ Successivamente si scaricano migliaia di abstract e si leggono per vedere quali di questi riportano quella condizione di funzionamento, disabilità e salute relativa alla condizione patologica in questione (domanda di ricerca).
- ✓ Degli abstract che interessano maggiormente si scarica l'articolo e lo si legge per esteso per trovare le parole chiave che possono essere utili.
- ✓ Si esegue quindi un processo di *linking* dove queste parole chiavi vengono trasformate in codici ICF per cui ad esempio nella valutazione dell'ictus mi rendo conto che chi va a valutare l'ictus ad esempio valuta il linguaggio che è valutato anche nella FIM (utilizzata in tanti lavori) e allora vado a cercare qual è il codice per il linguaggio e faccio questo linking per cui alla fine mi ritrovo tutta una serie di codici che corrispondono a delle parole che a noi sono sembrate importanti nell'ambito della valutazione o della descrizione del paziente con quel determinato stato di salute e parto da questi codici; avrò così un punto di partenza generale. Ne saranno tantissimi e di questi 1500 ad esempio io ne posso scartare anche solo 800 cioè circa la metà ma alla fine ne saranno comunque tantissimi.

2. **"Studio empirico":** tutta questa marea di codici viene proposta a dei pazienti dapprima un piccolo numero di solito già stabilito, ad es. devono essere presi un numero minimo di pz (ad es un'ottantina) provenienti da tutto il mondo ed in condizioni diverse ad es. per l'ictus sia pz con ictus ischemico che emorragico ed essendo core set che valgono dai 18 anni in su avremo sia pz giovani che pz anche centenari e questo perché dobbiamo avere la prospettiva di pz completamente differenti e quindi via via si riduce il numero dei codici.

3. **“Opinione degli esperti”**: si contattano degli esperti del settore provenienti da tutto il mondo e gli si propongono questi codici e loro danno un’opinione su quali codici secondo loro sono più frequenti nei pazienti in quelle determinate condizioni patologiche.
4. **“Studio qualitativo”**: consiste nell’intervistare i pazienti e vedere quale è la loro prospettiva attraverso delle interviste aperte che possono essere sia individuali che di gruppo. In quest’ultimo caso, si mettono insieme 20 persone con la stessa patologia e dal loro racconto si vedrà che c’è uno che dice per es. “io però ho difficoltà a dormire da quando mi è successa questa cosa” ed un altro magari dirà: “ah sì anch’io ho difficoltà a dormire però più che dormire ho difficoltà ad addormentarmi” e l’altro risponde “sì effettivamente anch’io ho difficoltà ad addormentarmi più che a dormire tutta la notte”.

In questo modo i pz. scambiano tra di loro le opinioni ed hanno la libertà di parlare della loro condizione patologica senza il limite imposto da un questionario che invece obbligherebbe di rispondere ad una domanda che può essere sia a scelta aperta che a scelta chiusa ma comunque una domanda specifica.

Attraverso l’intervista (videoregistrata) tutte le parole che escono fuori vengono elaborate di nuovo con il processo di linking e si vedono a quali codici corrispondono.

Una volta effettuati questi 4 studi, che richiedono solitamente un paio d’anni, si mette insieme questo pool di codici e si vede anche la frequenza con cui questi codici sono stati presi in considerazione e si fa la prima “consensus” con una prima versione di core set.

Questa versione di core set nell’ambito della consensus, dove ci saranno tutti gli esperti che erano stati invitati prima, viene ridotta ad un numero stabilito. Si deciderà così ad es. che il nostro core set non debba avere più di 80-90 codici e quindi si vede quali per frequenza sono i codici che devono essere inclusi tra i 200 che noi magari avevamo deciso di tenere in considerazione.

FASE 2

In questa fase si testa il core set e si vede se effettivamente può andar bene per tutti i pz.

Altro punto fondamentale nello sviluppo dei core set nell’ICF è la **chek list**.

Ad oggi esistono circa una ventina di core set quindi molto meno rispetto alle malattie e non sempre abbiamo il core set giusto quando andiamo a visitare un pz e per diffondere e facilitare l'utilizzo della ICF dato che non possiamo usare sempre il librone intero è stata creata appunto una chek list.

Essa comprende ad es. tutti i codici del brea core set per l'ictus quindi conterrà tutti quei codici di cui bisognerebbe tenere conto per un qualsiasi paziente.

Qualsiasi medico può avvalersi di questa chek-list e quindi valutare il pz in reparto.

Ad es. se vogliamo valutare un pz. con Parkinson per stabilire il suo bisogno riabilitativo, non avendo a disposizione il core-set (per il Parkinson non esiste), possiamo prendere la chek-list e valutare per es. le sue funzioni mentali: coscienza, orientamento, intelletto, memoria etc dandogli un giudizio numerico.

Il giudizio lo si dà attraverso i **qualificatori** che sono differenti a seconda che si parli delle strutture, delle funzioni, delle attività, della partecipazione o dell'ambiente.

Considerando come esempio il Parkinson per quanto riguarda le funzioni ad es. "funzione coscienza" avremo:

0 = menomazione assente: il nostro pz con Parkinson non presenta il problema.

1 = menomazione lieve: il problema è presente in meno del 25% del tempo con una intensità che la persona può tollerare e che si è presentato raramente negli ultimi 30 gg.

2 = menomazione media: il problema è presente in meno del 50% del tempo con una intensità che interferisce con la qualità di vita del pz e che si è presentata occasionalmente negli ultimi 30 gg.

3 = menomazione grave: il problema per più del 50% del tempo con una intensità che altera parzialmente la vita quotidiana della persona e che si è presentato frequentemente negli ultimi 30 gg.

4 = menomazione completa: il problema è presente per più del 95% del tempo con un'intensità che altera completamente la vita quotidiana della persona e che si è presentato quotidianamente negli ultimi 30 gg.

Ora per il valore 0 non c'è alcun problema in quanto la menomazione è assente per il valore 4 neanche perché il pz presenta una menomazione completa per cui non abbiamo neanche difficoltà a dare un giudizio ma tra 2 e 3 come facciamo a decidere tra menomazione lieve e menomazione moderata?

Innanzitutto non vi è linearità di proporzione in quanto la menomazione lieve va dall'1 al 25% media dal 25 al 50% grave dal 50 al 95% quindi non abbiamo neanche intervalli regolari ma soprattutto il giudizio è estremamente soggettivo!

Se uno stesso pz viene visitato da due medici diversi può capitare che per il primo la menomazione è lieve ma per il secondo sarà moderata e questa è una delle critiche principali che viene fatta all'ICF anche perché il medico per valutare una funzione può utilizzare una scala diversa da quella utilizzata dal collega ed inoltre per alcune funzioni è più difficile stabilire un giudizio univoco.

Nell'ambito del progetto Pato per l'osteoporosi ad es, uno dei codici è il dolore.

In questo caso possiamo usare la scala VAS: se il dolore è superiore al 95% è una menomazione completa, se tra 50 e 95% è grave, se tra 25 e 50 è media, se fra 1 e 25 è lieve, se non ha dolore metto 0.

Ma come si fa per es. per le funzioni mentali dove è molto probabile che il giudizio sia un giudizio estremamente aleatorio? Per valutare le funzioni mentali infatti ci sono moltissime scale e sta al giudizio di ciascun medico quale scala usare e anche questo è una delle critiche mosse all'ICF.

Oltre a dare il punteggio da 0 a 4 si può anche dare un punteggio di 8 o 9 in cui:

8 = "non specificato" cioè l'informazione è insufficiente per specificare la gravità della menomazione quindi non so dare un giudizio perché il paziente non mi sa dare delle informazioni tali da potere effettivamente dire qual è la gravità della menomazione.

9 = "non applicabile" significa che è inappropriato applicare un determinato codice per quella persona. Nel caso del codice V650 per es. (mestruazione in donne in età premenarca o post menopausa) ovviamente tale codice non è applicabile ad una ragazzina con meno di 12 anni che magari non ha avuto ancora il menarca e né ad una donna in menopausa dopo i 50 anni né posso applicarlo ad un uomo certamente.

STRUTTURE: vengono identificate da 3 qualificatori.

- 1° QUALIFICATORE : è lo stesso usato per le funzioni corporee e quindi l'estensione della menomazione per cui nessuna menomazione, menomazione lieve, media grave, completa non specificato e non applicabile.
- 2° QUALIFICATORE: ci dice la natura del cambiamento.

Ad es. codice S710 (S sta per struttura) e ci dice del cervello con

0 = nessun cambiamento di struttura

1 = assenza totale di struttura (ad un lobotomizzato frontale ad es. corrisponderà il codice S7102)

2 = assenza parziale come un paziente che ha avuto un ictus con danno esteso a livello di uno dei 2 lobi

3 = parte in eccesso. Ad es. su uno dei due arti come un'escrescenza, discontinuità, posizione deviante, cambiamenti qualitativi della struttura compreso accumulo di fluidi oppure non specificato e non applicabile.

- **3° QUALIFICATORE:** ci localizza la zona e ci dice se è più di una regione, se il problema si localizza a dx o a sx, su entrambi i lati se è frontale o dorsale, prossimale o distale. Per cui ad es. se abbiamo l'arto sup con una paresi che è soltanto distale noi possiamo specificare con il terzo qualificatore che la paresi è solo distale e magari solo a dx.

ATTIVITA' E PARTECIPAZIONI vengono definite da 2 qualificatori:

1. **QUALIFICATORE DI PERFORMANCE:** indica il grado della restrizione alla partecipazione descrivendo l'attuale performance delle persone in un compito o un'azione nel loro ambiente reale quindi, come la persona svolge attualmente quel determinato compito nel proprio ambiente in quel momento.
2. **QUALIFICATORE DI CAPACITA':** invece ci deve indicare il grado di limitazione di attività descrivendo l'abilità della persona ad eseguire un compito o un'azione quindi non nella realtà o nella sua vita quotidiana ma gli facciamo fare una prova di un determinato esercizio quindi noi vediamo in assoluto se lui riesce a fare quella determinata attività.

In questo caso le possibili risposte ai qualificatori sono:

- Nessuna difficoltà
- difficoltà lieve
- difficoltà media
- difficoltà grave
- difficoltà completa
- non specificato o non applicabile.

La differenza tra il qualificatore di attività e di performance è che in quello di performance consideriamo il fattore ambientale mentre in quello di capacità no.

L'ambiente può rappresentare sia una barriera che una facilitazione.

La barriera viene indicata con:

0 = assenza di barriere

1 = barriera lieve

2 = barriera media

3 = barriera grave

4 = barriera completa

8 = barriera non specificata

9 = barriera non applicabile.

Il facilitatore invece sarà indicato con un “+” quindi:

+0 = nessun facilitatore; **+1** = facilitatore lieve; **+2** = facilitatore medio; etc: **+3, +4, +8, +9**.

Di solito la valutazione ambientale viene fatta dall'assistente sociale.

In conclusione l'ICF nell'ambito dell'attività fisiatica, permette di migliorare la valutazione del pz, ottimizzare il nostro progetto riabilitativo e valutare gli eventuali miglioramenti del pz stesso dopo il trattamento confrontando i giudizi valutativi (prima del trattamento e dopo il trattamento).