

FRANCO PESARESI

IL WHODAS 2.0: IL NUOVO STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA DISABILITA'

Il nuovo strumento previsto dal D. Lgs. 62/2024

30/05/2024

Articolo pubblicato su *I luoghi della cura online* n. 2/2024

www.luoghicura.it

IL WHODAS 2.0: IL NUOVO STRUMENTO PER LA VALUTAZIONE DELLA DISABILITA' PREVISTO DAL D. LGS. 62/2024

Franco Pesaresi¹

Il Decreto Legislativo 62/2024 che, in attuazione della L. 227/2021, stabilisce le procedure per la nuova ed unica valutazione di base per il riconoscimento della condizione di disabilità, ha individuato un nuovo strumento di valutazione, denominato **WHODAS 2.0**. Si tratta di un metodo standardizzato di misura del funzionamento, della disabilità e della salute delle persone, ad eccezione dei minori di età. Insieme al WHODAS 2.0 verranno utilizzate delle nuove tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura, ma per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile.

Attualmente in Italia vengono impiegate cinque diverse valutazioni nazionali dello stato di disabilità (invalidità civile, cecità civile, sordità civile, handicap e disabilità per il sostegno all'occupazione), che esaminano diverse dimensioni della disabilità, ma tutte con un approccio medico condiviso. Tali procedure tengono conto solamente del danno a carico delle strutture e delle funzioni corporee (menomazioni e disabilità), in base a cui vengono appunto determinate le percentuali di invalidità civile, ma non considerano l'ambiente effettivo in cui le persone vivono e la loro capacità di funzionamento, non riuscendo così a determinare la vera entità dei problemi che un individuo può sperimentare nelle diverse situazioni di vita.

Questa frammentazione del sistema e le diverse modalità di valutazione non sono né efficienti né giustificate; le cinque valutazioni dello stato di disabilità pertanto dovrebbero essere eliminate e sostituite con un'unica valutazione capace di fotografare la capacità di una persona di svolgere le attività della vita e di partecipare alla vita sociale. Domini questi influenzati sia dalla condizione di salute che dai fattori contestuali ambientali. Di conseguenza è da prevedere un'unificazione delle diverse modalità di valutazione della disabilità al momento coesistenti.

Oggi, il processo di accertamento degli stati invalidanti viene avviato dai medici di base che presentano la documentazione della situazione sanitaria del richiedente per la decisione di valutazione. La decisione sullo stato di invalidità viene invece stabilita da una commissione medico-legale dopo una visita. La valutazione utilizza tabelle di corrispondenza obsolete per effettuare la determinazione del grado di invalidità, che in alcuni casi crea problemi di valutazione, soprattutto per

¹ NNA Network Non Autosufficienza, Direttore ASP Ambito 9 Jesi.

i disturbi mentali, in particolare per i giovani adulti, per i quali un approccio puramente medico non riesce a valutare correttamente l'invalidità.

Le persone con disabilità in Italia si trovano di fronte a un panorama giuridico frammentato che ha creato un sistema in cui è complicato orientarsi, con collegamenti poco chiari o mancanti tra i diversi tipi di valutazione e una pratica di valutazione dello stato di disabilità che guarda all'individuo da una prospettiva medica piuttosto ristretta (OECD, 2023).

La legge 227/2021 prevede invece che: la valutazione multidimensionale sia svolta tenendo conto delle indicazioni dell'ICF² e dell'ICD³ e che definisca un profilo di funzionamento della persona, necessario alla predisposizione del progetto di vita individuale, personalizzato e partecipato e al monitoraggio dei suoi effetti nel tempo, tenendo conto delle differenti disabilità nell'ambito della valutazione (L. 227/2021, art. 2 comma 2 lett. c) punto 3)).

Dal canto suo, lo strumento ICF, prende in considerazione ogni aspetto del funzionamento di un individuo, a livello corporeo, personale e sociale, e ne fornisce una definizione per una sua valutazione operativa. Tuttavia, l'ICF non risulta pratico per misurare e valutare la disabilità nella pratica quotidiana. E proprio per rispondere a questa necessità, l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha sviluppato lo Strumento per la Valutazione della Disabilità denominato WHODAS 2.0, adatto a misurare la salute e la disabilità in modo standardizzato e transculturale, costruito partendo dall'ICF. L'unicità di WHODAS 2.0 consiste proprio nel fatto che, copre completamente i corrispondenti domini di ICF e può essere utilizzato in persone affette da qualunque tipo di malattia, inclusi i disturbi fisici, mentali e da uso di sostanze.

Che cos'è WHODAS 2.0?

Il WHODAS 2.0 è uno strumento di valutazione generico e pratico che può misurare la salute e la disabilità sia a livello di popolazione, sia nella pratica clinica; vale a dire che, lo strumento può essere utilizzato sia in indagini e registri di popolazione, sia per monitorare gli esiti in singoli pazienti nella pratica clinica e in studi clinici sugli effetti del trattamento (Manuale WHODAS, 2018).

² ICF»: Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF), approvata dalla 54^a Assemblea mondiale della sanità il 22 maggio 2001 (OMS).

³ «ICD»: Classificazione Internazionale delle malattie dell'Organizzazione mondiale della sanità, adottata dall'Organizzazione mondiale della sanità.

L'acronimo *WHODAS* sta per “*WHO Disability Assessment Schedule*”, si tratta di un questionario di valutazione basato sulla Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute (ICF) che misura la salute e la condizione di disabilità.

Il WHODAS 2.0 è chiamato a rilevare il livello di funzionamento in sei domini così come indicato nella tab.1.

Tab. 1 – I domini del Whodas 2.0

	Dominio	Descrizione
1	Attività cognitive	Valuta le attività del comunicare e del pensare. Le aree specifiche valutate sono: concentrarsi, ricordare, risolvere problemi, apprendere e comunicare.
2	Mobilità	Valuta attività come rimanere in piedi, muoversi dentro casa, uscire di casa e camminare per una lunga distanza.
3	Cura di sé	Valuta attività come lavarsi, vestirsi, nutrirsi e rimanere da soli per qualche giorno.
4	Relazioni interpersonali	Valuta le interazioni con altre persone e le difficoltà che possono insorgere in questo dominio in relazione a un problema di salute.
5	Attività della vita quotidiana	Valuta le difficoltà nello svolgimento di attività quotidiane, cioè attività che le persone svolgono quasi tutti i giorni, fra cui quelle relative alla cura della casa e della famiglia, al tempo libero, al lavoro e alla scuola/università.
6	Partecipazione	Valuta le dimensioni sociali, come il coinvolgimento in attività comunitarie, le barriere e gli ostacoli nel mondo che circonda l'intervistato, e altri problemi come il mantenimento della dignità personale.

Fonte: Manuale WHODAS, 2018

I sei domini sono stati selezionati dopo attenta revisione degli strumenti di indagine e di ricerca esistenti e dopo uno studio di applicabilità transculturale. Per tutti i sei domini, WHODAS 2.0 fornisce un profilo e una misura sintetica del funzionamento e della disabilità affidabili e applicabili in diversi contesti culturali e in tutte le popolazioni adulte. Pertanto, come affermato all'inizio, lo strumento non è utilizzabile per valutare la disabilità dei minori di età; in futuro è prevista l'elaborazione anche di uno strumento di valutazione dedicato ai minori.

Il WHODAS 2.0 è uno strumento di misura generico, per cui non ha come target una malattia specifica, e dunque può essere utilizzato per descrivere il profilo dello stato di salute, in un ampio spettro di condizioni e malattie nonché nei soggetti sani, consentendo di confrontare disabilità dovute a malattie specifiche diverse. Inoltre, WHODAS 2.0 facilita la progettazione di interventi sanitari e di quelli correlati alla salute e permette di monitorarne l'impatto (Manuale WHOSAS, 2018).

WHODAS 2.0 possiede il vantaggio di essere facile da somministrare; precisamente, per l'autosomministrazione occorrono circa 5 minuti, mentre la compilazione tramite intervista ne richiede 20.

Impianto concettuale di WHODAS 2.0

L'assetto strutturale e filosofico del WHODAS 2.0 è quello dell' ICF. Tutti i domini sono stati sviluppati a partire da un insieme di item dell'ICF, che si riferiscono alla componente "Attività e partecipazione" dell' ICF. Da precisare che per "Attività" si intende l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo in un ambiente uniforme e standardizzato (ad esempio l'ambulatorio medico), mentre la "Partecipazione" consiste nel coinvolgimento in una situazione di vita di una persona nel contesto reale in cui vive, e questo contesto include i "Fattori ambientali", ovvero tutti gli aspetti del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti.

L'ICF è eziologicamente neutrale, cioè è indipendente dalla malattia di base o da precedenti problemi di salute, ma vuole essere una fotografia del presente funzionamento dell'individuo, per cui questa caratteristica si trasferisce anche su WHODAS 2.0. Questa peculiarità permette di focalizzare la valutazione direttamente sulla disabilità, permettendo di descrivere il funzionamento separatamente dalla malattia (Manuale WHOSAS, 2018).

Le diverse versioni di WHODAS 2.0

Esistono tre versioni di WHODAS 2.0, che differiscono per lunghezza e modalità di somministrazione.

Delle tre versioni di WHODAS 2.0, quella a 36 item è la più dettagliata. Essa permette agli utilizzatori di generare punteggi per i sei domini del funzionamento e di calcolare un punteggio totale di funzionamento. Per ogni item a cui viene data una risposta positiva, viene posta una domanda sul numero di giorni (rispetto agli ultimi 30 giorni) in cui l'intervistato ha sperimentato quella particolare difficoltà. Il tempo medio per completare l'intervista nella versione a 36 item somministrata da un intervistatore è pari a 20 minuti.

La versione di WHODAS 2.0 a 12 item è adatta per valutazioni veloci del funzionamento complessivo in indagini o studi sugli esiti di salute, quando i limiti di tempo non permettono l'applicazione della versione più lunga. La versione a 12 item rende conto dell'81% di varianza della versione a 36 item. Il tempo medio per completare l'intervista nella versione a 12 item somministrata da un intervistatore è di 5 minuti.

Le due versioni possono essere somministrate da un intervistatore, o autocompilate, oppure ancora somministrate a un proxy (cioè un familiare, un amico, o una persona che fornisce assistenza).

Esiste poi la versione di WHODAS 2.0 a 12+24 item che è un ibrido tra la versione a 12 item e di quella a 36 item. Tale variante utilizza 12 item per selezionare i domini problematici del funzionamento; in base alle risposte positive alle 12 domande iniziali, possono essere rivolte all'intervistato fino a 24 domande aggiuntive. Per questa modalità di applicazione risulta essere un test semplice e adattivo che tenta di esplorare pienamente i 36 item, evitando di raccogliere risposte negative. La versione a 12+24 item può essere somministrata solo tramite intervista o test adattivo computerizzato (CAT) (Manuale WHOSAS, 2018).

Il manuale di WHODAS 2.0

L'OMS ha predisposto un manuale, anche in italiano, per accompagnare l'utilizzo di WHODAS 2.0.

Il manuale fornisce ai lettori:

- una dettagliata panoramica su sviluppo, caratteristiche principali e applicazioni di WHODAS 2.0;
- una guida completa alla somministrazione delle varie versioni di WHODAS 2.0 in modo corretto ed efficace (Manuale WHOSAS, 2018).

Come calcolare i punteggi totali di WHODAS 2.0

Esistono due modi per calcolare i punteggi totali della versione breve e di quella completa di WHODAS 2.0: uno semplice e uno complesso.

Punteggio semplice

Nel punteggio semplice, vengono sommati i punteggi assegnati a ogni item (di seguito il punteggio per ogni corrispondenza):

1 = Nessuna;

2 = Poca;

3 = Moderata;

4 = Molta;

5 = Moltissima o non posso farlo.

Questo metodo viene considerato semplice, perché i punteggi assegnati a ogni item vengono semplicemente sommati, senza ricodificare o aggregare le categorie di risposta; pertanto non viene attribuito un peso ai singoli item. Questo approccio è utile per un calcolo fatto a mano; può essere il metodo da prediligere in contesti clinici con alto carico di lavoro, o nei casi in cui il questionario

venga somministrato utilizzando carta e penna. Il punteggio semplice di WHODAS 2.0 è specifico del campione esaminato e non dovrebbe essere utilizzato per confronti tra popolazioni.

Punteggio complesso

Il metodo più complesso di punteggio viene chiamato punteggio basato sulla “Teoria della risposta all’item” (IRT). In questo caso vengono presi in considerazione molteplici livelli di difficoltà per ogni item di WHODAS 2.0. Questo tipo di punteggio permette analisi più dettagliate, che utilizzano tutte le informazioni raccolte per analisi comparative tra popolazioni o sottopopolazioni. Per ciascun item, viene considerata ogni risposta (“Nessuna”, “Poca”, “Moderata”, “Molta”, e “Moltissima o Non posso farlo”) separatamente e poi, tramite computer, viene determinato il punteggio totale pesando in modo diverso gli item e i livelli di gravità. In pratica, il calcolo del punteggio si svolge in tre fasi:

- Fase 1: somma dei punteggi degli item ricodificati all’interno di ogni dominio;
- Fase 2: somma dei punteggi di tutti i sei domini;
- Fase 3: conversione del punteggio totale in una scala che va da 0 a 100 (dove 0 = nessuna disabilità e 100 = disabilità totale). Il programma di calcolo è disponibile nel sito di WHODAS 2.0 (www.who.int/classifications/icf/whodasii/en/) (Manuale Whodas, 2018).

WHODAS 2.0 è pronto per essere utilizzato come strumento di valutazione della disabilità a livello nazionale?

Allo stato attuale il WHODAS 2.0 non è ancora uno strumento di valutazione nazionale. Gli strumenti sullo stato di salute possono essere più propriamente definiti “descrittori” di disabilità (Manuale WHODAS, 2018).

Di certo però occorre un nuovo strumento di valutazione, considerato che l’attuale valutazione dell’invalidità civile in Italia, che determina i diritti e le prestazioni di una persona, risulta obsoleta e incompleta. Essa si limita infatti all’identificazione di una condizione medica o di un deficit della funzionalità, che di fatto determina la percentuale di invalidità civile, senza tenere conto del contesto in cui la persona vive e quindi considerare l’effettiva esperienza di disabilità della persona (OECD, 2023).

L’obiettivo da perseguire sarebbe pertanto quello di completare lo schema del WHODAS 2.0 con l’attribuzione validata di un “peso” ai punteggi del WHODAS, in modo che lo strumento possa diventare uno strumento di valutazione e che il suo uso possa permettere di accedere alle prestazioni economiche nazionali previste per i disabili (invalidità civile, indennità di accompagnamento sostituita in futuro dalla prestazione universale, ecc.).

Per questo, lo strumento WHODAS è stato recentemente sperimentato in quattro regioni italiane – Campania, Lombardia, Sardegna e Provincia Autonoma di Trento – per testare la fattibilità dell'inclusione di informazioni funzionali nell'attuale valutazione dell'invalidità civile.

Le soglie dei punteggi del WHODAS 2.0

Non ci sono ancora degli studi pubblicati, applicabili a una popolazione con condizioni di salute diverse, per classificare la gravità della loro disabilità utilizzando i punteggi WHODAS 2.0.

Tuttavia, sulla base di diversi progetti pilota precedenti e comparabili, condotti dalla Banca Mondiale, utilizzando il questionario WHODAS in Grecia, Lettonia, Lituania e Bulgaria, le “soglie” significative della disabilità WHODAS per il punteggio 0-100 basato sull'analisi di Rasch sono suggerite come segue:

- Punteggio 0-25: nessuna limitazione funzionale (cioè nessuna difficoltà nelle prestazioni/disabilità);
- Punteggio 26-40: limitazioni funzionali moderate (ossia moderate nelle performance/disabilità);
- Punteggio 41-60: limitazioni funzionali gravi (vale a dire gravi difficoltà nelle performance/disabilità);
- Punteggio 61-100: limitazioni funzionali molto gravi (cioè difficoltà molto gravi nelle performance/disabilità).

Nelle due fasce mediane (range 26-40 e 41-60) si concentra la maggior parte delle persone. Questo porta l'OECD a proporre una ulteriore suddivisione, distinguendo così le limitazioni funzionali moderate in inferiori e superiori (punteggi WHODAS rispettivamente di 26-34 e 35-40) e le limitazioni funzionali gravi inferiori e superiori (punteggi WHODAS rispettivamente di 41-48 e 49-60)⁴ (OECD, 2023).

Whodas 2.0 e invalidità civile

La sperimentazione dell'OECD nelle 4 regioni italiane ha evidenziato che ci sono differenze fra i punteggi di funzionamento WHODAS e i livelli di invalidità civile attribuiti alle medesime persone, questo dimostra che, la valutazione medica da sola, non differenzia bene i diversi livelli di disabilità, suggerendo anche un'affidabilità e una precisione piuttosto basse delle classi di invalidità civile.

⁴ In totale, il campione presentava N = 74 (2,3%) di individui senza limitazioni funzionali, N = 972 (30,0%) di individui con limitazioni funzionali moderate, N = 2.120 (65,4%) di individui con limitazioni funzionali gravi e N = 76 (2,3%) di individui con limitazioni funzionali molto gravi.

Tali risultati non sorprendono in quanto il WHODAS è stato progettato specificamente per valutare la cosiddetta disabilità complessiva della persona, determinata dall'interazione dinamica tra la condizione di salute della persona, le limitazioni funzionali associate e l'ambiente in cui la persona vive. Viceversa, l'approccio medico alla valutazione della disabilità utilizzato in Italia non valuta direttamente la disabilità, ma la *deduce* dalla patologia o dalla limitazione funzionale sottostante (OECD, 2023).

Come includere il funzionamento nella valutazione dell'invalidità civile?

La sperimentazione realizzata dall'OECD in Italia ha dimostrato che il WHODAS 2.0 è in grado di rilevare l'esperienza reale della disabilità.

Da subito, è però doveroso precisare che, le informazioni mediche sebbene non sufficienti da sole, rimarranno importanti per la valutazione della disabilità. Lo prevede, peraltro, lo stesso Decreto Legislativo 62/2024 sulla valutazione della disabilità che all'art. 5 stabilisce che il procedimento di "valutazione di base" comprende sia l'impiego del Whodas che delle nuove tabelle medico-legali relative alla condizione conseguente alla compromissione duratura elaborate sulla base delle più aggiornate conoscenze ed acquisizioni scientifiche (e sulla base dell'ICD), relativamente a questo ultimo strumento per i soli effetti della valutazione dell'invalidità civile.

A questo proposito si rammenta che lo stesso ICF chiarisce che, senza una patologia sottostante e le limitazioni funzionali ad essa associate, la disabilità non esiste.

Quindi, a questo punto, il nodo cruciale è costituito dal come includere al meglio le informazioni sul funzionamento acquisite dal WHODAS 2.0 nel sistema di valutazione della condizione di disabilità che prevede anche l'uso delle tabelle medico-legali.

Poiché le informazioni mediche sono essenziali, occorre discutere le possibili opzioni per combinare le informazioni mediche e di funzionamento nella valutazione della disabilità in Italia.

Per rispondere a tale domanda, l'OECD ha testato le seguenti tre strategie principali:

1. *La Media (averaging)*: fare una media, in un modo predeterminato, della percentuale di invalidità civile attribuita con il sistema attuale e del punteggio WHODAS. Questo approccio si basa sulla teoria che, insieme, le informazioni mediche e i risultati di funzionamento contribuiscono, in misura diversa, a una valutazione realistica e valida della disabilità.
2. *La Segnalazione (flagging)*: identificare le persone il cui raggruppamento di gravità WHODAS differisce significativamente dal raggruppamento di gravità determinato clinicamente e contrassegnare queste persone per richiedere loro ulteriori informazioni o addirittura una nuova valutazione completa. Quando un individuo ha un punteggio WHODAS superiore o inferiore a

un certo valore di soglia, significa verosimilmente che il punteggio medico da solo non rileva adeguatamente l'esperienza di disabilità, con conseguente necessità di procedere alla effettuazione di una valutazione di secondo livello.

3. *La riparametrazione (scaling)*: la percentuale di invalidità civile può essere modificata (cioè aumentata o diminuita) per riflettere il punteggio WHODAS, mediante un coefficiente basato sul suo punteggio. Questo approccio presuppone che, al centro della valutazione della disabilità e dell'invalidità civile ci sia il problema medico di cui l'individuo fa esperienza, ma allo stesso tempo che la prestazione sia modificata (in una certa misura) da fattori ambientali che devono essere compresi per aumentare o diminuire il punteggio medico.

Ciascun approccio si basa sull'intendimento della disabilità secondo l'ICF, quale risultato di un'interazione tra la condizione di salute di base e la limitazione funzionale di una persona, da un lato, e l'ambiente in cui la persona vive; ciononostante i tre approcci differiscono nel modo in cui ponderano l'impatto dei rispettivi determinanti medici e ambientali della disabilità (OECD, 2023).

Il percorso migliore: la segnalazione (*flagging*)

L'approccio suggerito dall'OECD per la valutazione della disabilità è quello di rendere trasparente la modalità con cui viene attuata la combinazione tra le informazioni mediche e quelle di funzionamento.

Secondo l'OECD, per l'Italia, la strada più significativa e realistica da percorrere appare essere la Segnalazione (*flagging*) tramite algoritmo della eventuale **necessità di una seconda valutazione**.

Questo perché l'attuale processo di valutazione dell'invalidità civile, attraverso il quale ai richiedenti viene assegnato un grado di invalidità, o percentuale, è fortemente influenzato e condizionato dalle varie soglie in vigore per l'ammissibilità a vari diritti, prestazioni e servizi. Attualmente, le soglie chiave dell'invalidità civile sono:

- invalidità civile superiore al 46%,
- superiore al 67%,
- superiore al 74% e
- pari al 100%.

Pertanto, mentre in teoria alle persone potrebbe essere assegnata qualsiasi percentuale, in pratica alla maggior parte dei richiedenti nella valutazione dell'invalidità civile viene assegnato un grado di invalidità vicino o corrispondente a una delle soglie critiche.

Questa situazione di fatto non permette di scegliere la via della *Media* fra la valutazione medica e quella di funzionamento che, teoricamente, sarebbe il sistema migliore.

La *Media* si potrebbe utilizzare se, le informazioni su questi due aspetti venissero raccolte in modo indipendente e la parte medica della valutazione venisse eseguita in modo standardizzato, con linee guida metodologiche applicabili in tutto il Paese. Ma secondo l’OCSE tutto questo non accade in Italia. L’approccio della *media* è difficilmente applicabile nel nostro Paese a causa della natura discrezionale della valutazione dell’invalidità civile. Infatti, sebbene la valutazione sia intrinsecamente di natura medica, i valutatori possono in realtà, se lo desiderano, prendere in considerazione la reale situazione delle persone, tenendo conto di eventuali criticità ambientali “percepite”; in sostanza, senza uno strumento valutativo di riferimento, la commissione **può** in modo discrezionale e non trasparente aumentare la percentuale di invalidità assegnata.

Il peso attribuito al funzionamento

Se l'Italia scegliesse di procedere con l'introduzione di un algoritmo di *Segnalazione*, è necessario affrontare due aspetti:

1. il peso attribuito alle informazioni sul funzionamento rispetto alle informazioni mediche;
2. la struttura dell'intero processo di valutazione.

Affrontare il tema del peso da attribuire alle informazioni sul funzionamento – ossia il punteggio WHODAS – significa porsi la domanda di quali casi “dovrebbero” essere segnalati per una seconda valutazione. Per rispondere al quesito, l’OECD, sulla base della sperimentazione effettuata, propone una griglia più dettagliata delle soglie di invalidità civile, suddivisa in 6 livelli /tipologie indicate nella Tab. 2⁵.

Tab. 2 – Proposta OECD di griglia dettagliata delle soglie di invalidità civile

% invalidità	Tipologia invalidità	Tipologia di maggior dettaglio e % invalidità
0-33	nessuna invalidità	0-33%: nessuna invalidità
34-66	invalidità moderata	34-45%: invalidità moderata inferiore
		46-66%: invalidità moderata superiore
67-99	invalidità grave	67-73%: invalidità grave inferiore
		74-99%: invalidità grave superiore
100	%: invalidità molto grave	100%: invalidità molto grave

Fonte: OECD (2023) trasformata in tabella.

⁵ Proposta individuata sulla base di un campione pilota di popolazione composta da: N = 81 (2,8%) di persone senza invalidità civile, N = 1.129 (38,8%) di persone con invalidità civile moderata, N = 1.076 (37%) con invalidità civile grave e N = 623 (21,4%) di persone con invalidità civile molto grave valutata al 100%. Nel set di dati c'erano N = 333 (10,3%) persone senza alcuna percentuale di invalidità civile imputata.

Dai diversi livelli di invalidità dipende l'entità del supporto fornito dal sistema di protezione sociale italiano. Ad esempio, con una percentuale di invalidità civile superiore al 46% le persone possono richiedere un sostegno all'occupazione, con più del 67% le protesi sono fornite gratuitamente e con più del 74% le persone possono ricevere un assegno di invalidità non contributivo (OECD, 2023).

La sperimentazione OECD, ha dimostrato che la percentuale di invalidità civile determinata clinicamente mediante la scala di invalidità a sei categorie differisce in modo significativo dal punteggio di invalidità determinata dal punto di vista funzionale attraverso la scala WHODAS a sei categorie. Un po' troppo a dire il vero, dato che circa una persona su quattro del campione pilota rientra nella stessa categoria in entrambe le scale, mentre tutti gli altri (75% dei casi) dovrebbero essere presi in considerazione per una nuova valutazione. Non appare però appropriato inviare ad una ulteriore valutazione la grande maggioranza dei casi.

Quindi, l'OECD propone una strategia meno rigorosa, indicando per una seconda valutazione solo i casi per i quali la percentuale di invalidità civile ottenuta con la valutazione clinica differisce dal punteggio di invalidità determinata dal punto di vista funzionale di *almeno due* categorie. In questa ipotesi, il 30% dei casi rientrerebbe in questa categoria e verrebbe selezionato per una nuova valutazione.

Inizialmente, le soglie alla base della selezione dei casi da valutare nuovamente risulteranno un po' arbitrarie, per divenire nel tempo sempre più solide, man mano che verranno raccolti più dati con l'avanzare del processo di valutazione.

La struttura del processo di valutazione

Il secondo aspetto da considerare è la struttura del processo di valutazione, occorre cioè stabilire: chi decide, come fare la valutazione e in quale fase del processo.

Il Decreto Legislativo 62/2024 ha stabilito che il procedimento di valutazione è avviato su richiesta dell'interessato, ovvero dell'esercente la responsabilità genitoriale in caso di minore, del tutore o dell'amministratore di sostegno se dotato dei relativi poteri, accompagnata dalla trasmissione in via telematica del certificato medico introduttivo. Il richiedente, sino a sette giorni prima della visita collegiale, può trasmettere o depositare ulteriore documentazione medica o sociale, rilasciata da una struttura, pubblica o privata accreditata.

La valutazione viene effettuata in un'unica visita collegiale, nel corso della quale viene sottoposto il questionario WHODAS.

La determinazione delle modalità relative alla sottoposizione e alla compilazione del questionario è demandata all'INPS.

In casi eccezionali definiti con decreto ministeriale, l'istante può richiedere, contestualmente alla trasmissione del certificato medico introduttivo, la valutazione senza visita, sulla base dei soli atti raccolti. In tal caso, l'istante trasmette l'intera documentazione, compresa quella relativa al WHODAS. Se la commissione ritiene che vi siano motivi ostativi all'accoglimento della richiesta, dispone la visita.

La commissione richiede l'integrazione documentale o ulteriori approfondimenti diagnostici nei soli casi in cui ricorrano motivi ostativi all'accoglimento dell'istanza o in cui i summenzionati elementi siano necessari per il riconoscimento di una maggiore intensità dei sostegni. Il procedimento di valutazione di base si conclude entro novanta giorni dalla ricezione del certificato medico introduttivo, salvo eccezioni.

L'attestazione dell'esito della valutazione di base, è costituita da un certificato, il quale viene inserito nel Fascicolo sanitario elettronico del soggetto. Nel certificato (nel caso di riconoscimento della condizione di disabilità del soggetto) sono individuate anche le necessità e le intensità dei sostegni (art. 6). La valutazione di base si applica anche ai minori e alle persone anziane. Nel caso degli anziani non autosufficienti sembra essere previsto un doppio canale (art. 5 comma 2): dai 65 anni ai 70 si utilizza il sistema di valutazione previsto per la disabilità mentre da 70 anni in su si utilizza il sistema di valutazione previsto dal D. Lgs. 29/2024 per gli anziani non autosufficienti. Si tratta di una formulazione legislativa poco chiara che dovrà essere opportunamente spiegata ma che, al momento attuale, appare iniqua ed ingiustificata.

Le Commissioni INPS

Il riconoscimento della condizione di disabilità è effettuato dall'INPS mediante l'attività di commissioni che assolvono alle funzioni di Unità valutative di base.

Le commissioni si compongono di:

- due medici nominati da INPS;
- da un professionista sanitario in rappresentanza, rispettivamente, dell'Associazione nazionale dei mutilati ed invalidi civili (ANMIC), dell'Unione italiana ciechi e degli ipovedenti (UICI), dell'Ente nazionale per la protezione e l'assistenza ai sordomuti (ENS) e dell'Associazione nazionale delle famiglie e delle persone con disabilità intellettiva e disturbi del neurosviluppo (ANFFAS), ogni qualvolta devono pronunciarsi sulle specifiche condizioni di disabilità;
- una sola figura professionale appartenente alle aree psicologiche e sociali.

Le commissioni sono presiedute da un medico INPS specializzato in medicina legale. Nel caso non sia disponibile un medico di medicina legale, l'INPS nomina, come presidente, un medico con altra specializzazione che abbia svolto attività per almeno tre anni in organi di accertamento INPS in materia assistenziale o previdenziale. In ogni caso, almeno uno dei componenti deve essere un medico specializzato in medicina legale o in medicina del lavoro o altre specializzazioni equipollenti o affini. Nel caso di minori, almeno uno dei medici nominati da INPS è in possesso di specializzazione in pediatria, in neuropsichiatria infantile o equipollenti o affini o di specializzazione nella patologia che connota la condizione di salute della persona.

Al fine di garantire la semplificazione e razionalizzazione degli oneri procedurali connessi all'espletamento della valutazione di base, l'INPS, sulla base delle risorse disponibili a legislazione vigente, può stipulare apposite convenzioni con le Regioni per avvalersi delle risorse strumentali ed organizzative delle Aziende sanitarie locali e Aziende Ospedaliere, necessarie allo svolgimento dei procedimenti di valutazione di base (art.9).

In base al Decreto legislativo, sia le informazioni mediche che la compilazione del questionario WHODAS 2.0 sono demandate alle Commissioni INPS, con modalità che lo stesso INPS stabilirà. A questo proposito è opportuno ricordare che, secondo l'OECD, le informazioni mediche dovrebbero essere valutate dalla commissione INPS, come avviene oggi; mentre le informazioni sul funzionamento dovrebbero essere raccolte con il WHODAS 2.0 dagli operatori sociali locali.

Le due informazioni relative rispettivamente al punteggio di limitazione funzionale della persona e al punteggio WHODAS della persona, andrebbero censite in modo indipendente, per poi essere trasmesse all'INPS, che valuta e confronta i risultati e decide in quali casi è necessaria una nuova valutazione, secondo il quadro normativo.

Se i due punteggi sono abbastanza vicini, la decisione è sostanzialmente automatica e viene così emessa una determinazione sull'invalidità da parte dell'INPS. Altresì, quando i due punteggi si discostano oltre le soglie stabilite (per esempio, di due categorie), bisognerebbe stabilire di procedere con una seconda valutazione. In questo caso, i valutatori medici e gli operatori sociali devono sedersi insieme, esaminare il caso e fare una nuova proposta congiunta all'INPS. Potrebbero farlo i valutatori medici e gli operatori sociali responsabili della valutazione iniziale, oppure i valutatori medici e gli operatori sociali dell'INPS. Per la seconda valutazione non è pertanto prevista una seconda convocazione della persona da valutare.

Se invece di un approccio di *Segnalazione (flagging)*, che comporterà una seconda valutazione medico-funzionale combinata in casi selezionati, si dovesse scegliere come metodo per il futuro

l'approccio della *media (averaging)* o della riparametrazione (*scaling*), la procedura sarebbe ancora più semplice, in quanto gran parte del processo potrebbe essere automatico e gestito dal computer.

Qualunque sia la scelta finale, il risultato è che, le informazioni sul funzionamento saranno sistematicamente incluse nella valutazione dell'invalidità, utilizzando un approccio standardizzato, ed il processo amministrativo stesso diventerà più rigoroso, standardizzato e obiettivo.

Decisiva però appare la definizione delle modalità di compilazione del WHODAS 2.0 e delle figure professionali a cui sarà affidata per mantenere una sua "indipendenza" rispetto alla valutazione medica perché se la valutazione clinica e la valutazione funzionale viene affidata completamente ad operatori dipendenti dell'INPS il rischio è che prevalga in modo non equilibrato la valutazione clinica.

Migliorare la valutazione medica dell'invalidità

Parallelamente alla implementazione del WHODAS 2.0, occorre operare anche per migliorare l'attuale valutazione medica dell'invalidità. A questo proposito, sarebbero necessarie migliori linee guida tecniche e metodologiche per i medici valutatori su come tradurre le limitazioni funzionali (attraverso le funzioni e le strutture corporee) in percentuale di invalidità, per eliminare l'attuale livello di discrezionalità e garantire che le persone con lo stesso tipo e livello di limitazione funzionale ricevano sempre la stessa percentuale di invalidità da parte dei valutatori.

Conclusioni

L'accertamento della disabilità è un passaggio fondamentale nel sistema di protezione sociale perché regola l'accesso a tutte le prestazioni ed i supporti per la disabilità.

La legge delega sulla disabilità n. 227/2021, ha quale tema centrale proprio quello della revisione del sistema di valutazione della disabilità, unificando le procedure di valutazione e proponendo di integrare la visione medica con il concetto di disabilità basato sul funzionamento, ricorrendo alla Scheda per la valutazione della disabilità dell'OMS (WHODAS), per una valutazione più accurata della disabilità dell'individuo.

Il sistema di valutazione della disabilità basato sul funzionamento tramite WHODAS e l'attuale sistema di valutazione medica dell'invalidità civile non sono alternativi, ma complementari. La loro integrazione contribuirà ad una migliore identificazione del gruppo di persone che necessitano di assistenza, un migliore orientamento delle prestazioni e dei servizi, nonché un migliore collegamento con le valutazioni dei bisogni regionali e locali.

L'adozione del WHODAS 2.0 prevista nel Decreto Legislativo 62/2024 non è sufficiente per poter disporre di un nuovo strumento di valutazione nazionale della disabilità.

Pertanto, le azioni da pianificare consistono nel:

- completare lo strumento pesando i punteggi attribuiti;
- riclassificare i livelli di disabilità;
- stabilire le modalità di somministrazione del WHODAS 2.0 con l'individuazione delle figure professionali che possono farlo;
- fissare il criterio (*Segnalazione?*) con il quale il WHODAS 2.0 si rapporta con l'attuale valutazione medica dell'invalità civile;
- definire le procedure per la valutazione unitaria e finale.

Poi bisognerà allargare questo sistema anche ai minori di età e, verosimilmente, occorrerà riunificare i sistemi di valutazione degli anziani non autosufficienti oggi trattati in due diversi Decreti legislativi (n. 29/2024 e n. 62/2024).

Un passo avanti molto importante è stato fatto ma c'è ancora tanto lavoro da realizzare per avviare davvero il nuovo sistema di valutazione.

Bibliografia

- Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62: *"Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base, di accomodamento ragionevole, della valutazione multidimensionale per l'elaborazione e l'attuazione del progetto di vita individualizzato e partecipato"*.
- L. 22 dicembre 2021, n. 227 recante: *"Delega al Governo in materia di disabilità"*.
- OECD (2023), *Disabilità, lavoro e inclusione in Italia: Una migliore valutazione per una migliore assistenza*, OECD Publishing, Paris, <https://doi.org/10.1787/66abbfe6-it> .
- Portale italiano delle classificazioni sanitarie, *Che cos'è WHODAS 2.0?* https://www.reteclassificazioni.it/portal_main.php?portal_view=public_custom_page&id=97 (accesso 2/12/2023).
- Simoncelli M., Pesaresi F., *ICF: il nuovo strumento dell'Oms per classificare la salute e la disabilità*, "Servizi Sociali Oggi" n.4/2005: <https://francopesaresi.blogspot.com/2015/02/icf-lo-strumento-per-classificare-la.html>
- Who/Regione Friuli Venezia Giulia, *Misurare la Salute e la Disabilità - Manuale dello Strumento OMS per la Valutazione della Disabilità - WHODAS 2.0*, 2018: [WHODAS 2.0 \(reteclassificazioni.it\)](https://www.reteclassificazioni.it)