

ICF - CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEL FUNZIONAMENTO, DELLA DISABILITA' E DELLA SALUTE

SERAFINO BUONO, TOMMASA ZAGARIA ¹

ICF- INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH

Abstract

In 1980 the WHO published a classification of consequences of diseases and impairments, titled ICIDH, in which concepts of Impairments, Disability and Handicap are defined.

In 1997, after many years of experimental research, a revised version named ICDH-2 was published. It is divided in three sessions, which indicate the areas involved with the diseases: Body Functions and Structures, Activities, Participation. The last version, namely the International Classification of Functioning, Disability and Health, ICF, unlike the 1980 ICIDH, is not a classification of "diseases' consequences"; it is rather a classification of "health components", namely all the basic and relevant factors which form health and well-being. It is a useful tool for statistical, clinical, rehabilitative and educational planning purposes. For those who deal with research, it helps to detect relevant data from a scientific point of view, in order to understand and examine patient's health and related conditions.

In this paper, language development and disability concepts, structures and basic concepts of the ICF are presented. The ICF is the latest tool of the WHO for the classification of "health components".

¹ U.O. di Psicologia, IRCCS Oasi Maria SS., Via Conte Ruggero, 73-94018 Troina (EN) - Tel 0935 936111- e-mail: fino.buono@oasi.en.it

1. Introduzione

Negli ultimi anni lo studio delle disabilità ha richiesto l'uso di linguaggi e strumenti sempre più appropriati e specifici in grado di rispondere alle complesse problematiche che queste condizioni pongono agli operatori sia dell'ambito ri-abilitativo sia socio-educativo.

Il linguaggio esprime la cultura di una società, ed è indicativo degli atteggiamenti che al suo interno si assumono rispetto a specifici problemi, e quindi anche rispetto alle disabilità. L'uso di linguaggi nuovi, consoni alle esigenze delle persone, deve esprimere un modo diverso di concepire le difficoltà dell'essere umano, dove la disabilità e l'handicap devono essere considerati come un insieme complesso di condizioni, molte delle quali si producono e si rafforzano all'interno dell'ambiente sociale di appartenenza, e non devono essere più visti come problemi della singola persona o peggio ancora, attributi o caratteri distintivi negativi.

Ne consegue, come abbiamo già evidenziato in un precedente contributo (Buono e Zagaria, 1999), e in accordo con altri autori (Soresi, 1998, 2001; Zoccarato 1996a, 1996b), l'esigenza di linguaggi standardizzati e condivisi non solo in ambito clinico, ma anche nel settore scolastico, la cui assenza determina notevoli difficoltà nella comunicazione tra operatori, nel lavoro di équipe e nella riproducibilità delle esperienze riabilitative o educative.

La ricerca di linguaggi standardizzati e condivisi in tema di disabilità, così come quella di strumenti in grado di rilevare in modo quanto più uniforme ed omogeneo possibile gli esiti di specifiche condizioni di salute, ha impegnato numerose équipe, operanti in diversi Paesi del mondo, coordinate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

L'affermarsi di nuovi bisogni in tema di disabilità e la necessità di trovare risposte in una prospettiva che tenga in considerazione gli aspetti così detti ecologico-comportamentali e psico-sociali, sottolinea ulteriormente l'importanza che assume per gli operatori di base e per le agenzie che erogano servizi, la condivisione di linguaggi e strumenti adeguati.

Dopo l'edizione del 1980, nella quale come vedremo in seguito, venivano definiti in forma chiara i concetti di Menomazione, Disabilità ed Handicap (OMS, 1980) e le successive modifiche riportate nell'ICIDH-2 (OMS, 1999), nel 2001 l'OMS, propone all'attenzione degli operatori uno strumento, la Classificazione Internazionale del Funzionamento, delle Disabilità e della Salute (ICF), dalle caratteristiche innovative sia per quanto concerne il linguaggio sia per quanto concerne il costrutto delle disabilità.

Com'è noto agli operatori sanitari, di solito per la pratica diagnostica ci si avvale dei manuali che riportano i sistemi di classificazione delle malattie di tipo fisico, quali l'International Classification of Disease-ICD dell'OMS, o di tipo mentale, una specifica sezione dell'ICD giunta alla sua decima revisione

(ICD-10, 1992), il DSM IV-TR (APA, 2001), giunto alla sua quarta revisione o la Classificazione diagnostica: 0-3 (Zero-to-Three, 1997).

Mancava un manuale ad uso degli operatori impegnati nell'ambito delle disabilità, in grado di rispondere alle esigenze di raccolta degli elementi necessari sia per le indagini epidemiologiche sia per l'assessment clinico e per l'impostazione dei programmi abilitativi, nonché in grado di proporre linguaggi condivisi nell'ottica dell'approccio globale alla persona.

Oltre all'uso di linguaggi comuni, un altro elemento importante nella prassi clinica ed educativa è rappresentato dal bisogno di riferirsi a sistemi di classificazione condivisi, che risulta fondamentale non solo per la raccolta di dati epidemiologici. Vale la pena ricordare che nel campo delle problematiche riferibili alle disabilità, l'unico tentativo valido è costituito dai sistemi di classificazione proposti dall'OMS.

Attraverso tali classificazioni si sta cercando di costruire strumenti adeguati per rilevare le condizioni di salute, presenti in un dato momento, l'efficacia dei trattamenti, nonché il grado di integrazione sociale e di inserimento lavorativo delle persone con disabilità.

In atto, gli strumenti utilizzati in questo settore non consentono di rilevare in modo univoco, largamente condiviso e confrontabile, le variazioni che intercorrono a seguito di interventi specialistici. Ne conseguono difficoltà nello scambio delle esperienze e nella documentazione della efficacia dei progetti riabilitativi, nonché nel rilevamento di alcuni degli aspetti determinanti per una buona qualità di vita delle persone in condizioni di difficoltà, e cioè l'integrazione sociale e l'inserimento lavorativo.

In questo contributo, saranno presentate le evoluzioni nei linguaggi e nei costrutti inerenti le disabilità e le concezioni sottostanti l'ICF - ultimo strumento specificatamente ideato per classificare le "componenti della salute" -, le innovazioni concettuali in esso contenute e le sue possibili applicazioni.

2. Dall'ICDH all'ICF

L'OMS nel 1980, a seguito di un lavoro di équipe internazionale, ha divulgato l'*International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps* (ICIDH). Lo strumento rappresenta un sistema di classificazione delle conseguenze delle malattie e delle menomazioni che, nonostante l'importante lavoro di sistematizzazione, la forza concettuale e la significativa apertura alle tesi psicosociali, non ha trovato un largo uso e, specialmente in Italia, è stato poco utilizzato se non del tutto ignorato (Soresi, 1998).

L'ICIDH nasce come uno strumento destinato a molteplici usi: statistico per gli studi demografici; di ricerca e per la valutazione dei risultati dei servi-

zi socio-sanitari; clinico per l'assessment ai fini riabilitativi; educativo per la progettazione dei curricoli e per la valutazione dei processi educativi.

L'ICIDH viene proposto come un appendice da affiancare all'ICD, al fine di facilitare l'identificazione dei problemi, la comunicazione e la raccolta dei dati in merito alla entità delle disabilità e degli handicap, nonché di favorire lo scambio delle esperienze tra operatori dell'assistenza e della riabilitazione.

L'ICD è un sistema di classificazione che ingloba malattie, disturbi e lesioni in un'ottica biomedica, mentre l'ICIDH cerca di cogliere ciò che può avvenire in associazione e come conseguenza ad una malattia, utilizzando un approccio biopsicosociale.

La classificazione proposta nel manuale intende rappresentare gli effetti di una malattia in tre diverse dimensioni, ciascuna delle quali è rispettivamente riferita alle *menomazioni*, alle *disabilità* e agli *handicap*. Tali dimensioni vengono per la prima volta definite in modo da evitare possibili sovrapposizioni e confusioni nell'uso dei tre termini.

L'ICIDH, nell'ambito delle evenienze inerenti la salute, definisce *Menomazione* qualsiasi perdita o anormalità a carico di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica. La menomazione è caratterizzata da perdite materiali o anormalità che possono essere transitorie o permanenti e comprendono l'esistenza o l'evenienza di anomalie, difetti o perdite a carico di arti, tessuti o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali. La menomazione rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio, riflette i disturbi manifestati a livello d'organo.

Con il termine *Disabilità* si intende qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano.

La disabilità è caratterizzata da scostamenti, per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nell'espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso. Può avere carattere transitorio o permanente ed essere reversibile o irreversibile, progressiva o regressiva.

Le disabilità possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione del soggetto, specialmente da un punto di vista psicologico, a una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura.

La disabilità rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona. Si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno.

Ne costituiscono esempio i disturbi nell'adozione di comportamenti appropriati nella cura della propria persona (come il controllo della funzione escretoria e la capacità di lavarsi e di alimentarsi); nell'esecuzione delle altre attività della vita quotidiana e nella funzione locomotoria (come la capacità di camminare).

Per quanto concerne l'*Handicap*, nell'ambito delle evenienze inerenti alla salute, è la condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che in una data persona limita o impedisce l'adempimento del suo ruolo normale in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali.

L'*handicap* riguarda il significato assunto da una situazione o esperienza individuale quando essa si scosta dalla normalità. Esso è caratterizzato dalla discrepanza tra l'efficienza o lo stato del soggetto e le aspettative di efficienza e di stato sia dello stesso soggetto sia del particolare gruppo di cui egli fa parte. Rappresenta pertanto la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze - culturali, sociali, economiche e ambientali - che derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità.

Lo svantaggio proviene dalla diminuzione o dalla perdita della capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie del contesto in cui l'individuo vive.

L'*handicap* si manifesta pertanto in presenza di una compromissione della capacità di sostenere quelle che possono essere definite funzioni della sopravvivenza.

Nonostante l'OMS abbia proposto definizioni differenziate, in ambito sanitario tali termini non sempre sono stati usati in modo corretto e talora sono stati intesi come sinonimi.

Lo schema seguente rappresenta quello che l'OMS, nell'ICIDH del 1980, ritiene siano le variabili da considerare per valutare le conseguenze delle malattie.

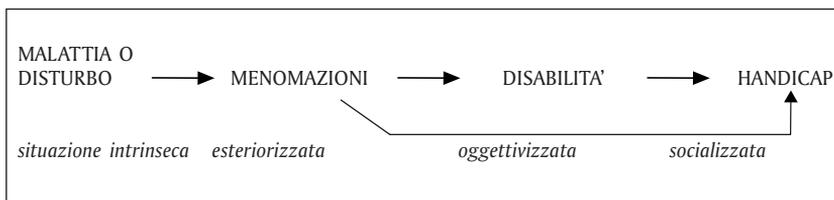


Fig. 1 - I fenomeni di compromissione descritti nell'ICIDH (1980).

L'approccio relativo ai fenomeni conseguenti alla malattia proposto dall'ICIDH e rappresentato dalla sequenza *malattia o disturbo - menomazione - disabilità - handicap*, già riportato in fig. 1, ha fatto emergere nel corso della sua applicazione, una serie di riflessioni concernenti alcune difficoltà sia di ordine concettuale sia di tipo operativo.

Di fatto lo schema non sottolinea adeguatamente l'importanza del contesto sociale ed ambientale nei processi di compromissione.

Questa serie di fattori associati ai nuovi orientamenti dei servizi sanitari ed ai mutamenti culturali intervenuti nel corso degli ultimi anni, specie per

quanto concerne gli atteggiamenti e le spinte ai processi di integrazione, hanno determinato la necessità di modificare i linguaggi (Zoccarato, 1996a; 1996b).

Pertanto, a distanza di diciassette anni l'OMS ha sottoposto all'attenzione di quanti sono impegnati in questo settore, una bozza di revisione dell'ICIDH, la Classificazione Internazionale del Funzionamento e delle Disabilità, denominata ICIDH-2.

Il lavoro prodotto dalle diverse task force operanti in numerosi Paesi del mondo ha introdotto importanti innovazioni sia in termini di linguaggio sia in termini di costruito.

I termini Menomazione, Disabilità ed Handicap sono stati sostituiti, come vedremo in seguito, con termini neutri, introducendo connotazioni di carattere positivo. Di fatto più che puntare l'attenzione sugli aspetti negativi che le compromissioni comportano, riferendosi alle persone esclusivamente in ragione delle loro difficoltà, si è cercato di elaborare una classificazione caratterizzata da indicatori neutri che possono consentire di rilevare sia gli aspetti positivi sia quelli negativi. Il modello proposto, a differenza del precedente caratterizzato da una visione di tipo lineare, risponde ad una concezione della disabilità come fenomeno complesso che richiede la considerazione di molteplici aspetti, quali nello specifico le condizioni di salute, le implicazioni a livello delle strutture corporee e delle funzioni, le limitazioni nello svolgimento delle attività e le conseguenti restrizioni alla partecipazione sociale, tenendo in considerazione i fattori ambientali e personali.

L'ICIDH-2 è strutturato in tre dimensioni, che indicano i livelli nei quali le conseguenze vengono subite, *Funzioni e Struttura del Corpo* (ex menomazioni), *Attività* (ex disabilità) che indicano qualunque cosa una persona compia a qualsiasi livello di complessità, ovvero attività più o meno semplici che possono subire limitazioni inerenti la natura, la durata e la qualità e *Partecipazione* (ex handicap), che riguardano l'interazione tra le menomazioni, le attività e i fattori contestuali, in tutte le aree e gli aspetti della vita umana che possono subire restrizioni inerenti la natura, la durata e la qualità.

Le tre dimensioni possono subire l'influenza dei *Fattori Ambientali*, che possono essere fisici, sociali o inerenti gli atteggiamenti, organizzati secondo un ordine che va dall'ambiente più vicino alla persona a quello più generale, e dai *Fattori Personali* che sono correlati alla personalità e alle caratteristiche individuali. Viene pertanto presentato un modello di funzionamento delle disabilità i cui elementi costitutivi sono tutti in interazione dinamica e in grado di influenzarsi reciprocamente.

Lo strumento mantiene la sua valenza diagnostica e risulta utile per rilevare l'impatto complessivo di una condizione di salute a partire da una prospettiva biopsicosociale, che viene ulteriormente rinforzata e valorizzata, rispetto alla versione precedente.

L'ICIDH-2 è stato oggetto di sperimentazione sul campo e di consultazioni internazionali per diversi anni. Nel maggio del 2001 è stato approvato dalla 54° *World Health Assembly* a livello internazionale l'uso della versione revisionata nota come *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* (ICF).

L'ICF, a differenza dell'ICIDH del 1980, non costituisce una classificazione delle “conseguenze delle malattie”, bensì una classificazione delle “componenti della salute”, intese come quei fattori fondamentali e costitutivi della salute e del benessere. Non vengono considerati come nell'ICD gli aspetti eziologici delle malattie, consentendo a chi si occupa di ricerca di rilevare dati validi da un punto di vista scientifico al fine di comprendere e studiare la salute, le cause e le condizioni ad essa correlate.

Anche l'ICF, così come l'ICIDH-2, viene presentato quale strumento complementare all'ICD-10, che come già ricordato riporta i criteri diagnostici dei disturbi sia fisici sia mentali. L'ICF assume una posizione neutra rispetto all'eziologia e fornisce utili indicazioni di carattere qualitativo rispetto al funzionamento, infatti permette di identificare sia livelli di funzionamento differenti in presenza della stessa malattia sia livelli di funzionamento simili in presenza di condizioni di salute differenti. Pertanto in ambito medico l'ICF va utilizzato dopo aver effettuato le specifiche procedure diagnostiche che il caso richiede.

Lo strumento mantiene come obiettivo principale quello di fornire un linguaggio comune e standardizzato per una migliore comunicazione tra i diversi utilizzatori. Permette inoltre di confrontare i dati raccolti nei vari Paesi, in condizioni sanitarie, servizi e periodi diversi, nonché di fornire uno schema di codifica sistematico utile per i sistemi informativi delle agenzie sanitarie e dei servizi deputati alle politiche sociali.

L'ICF come sistema di classificazione è stato accettato da 191 Paesi come standard per misurare e classificare salute e disabilità.

Anch'esso può essere utilizzato con le stesse finalità dell'ICIDH, ovvero statistiche, di ricerca, cliniche ed educative.

L'ICF non classifica le persone, ma descrive la situazione di ciascun individuo all'interno di una serie di domini della salute e degli stati ad essa correlati, quindi non considera le circostanze non direttamente riferibili allo stato di salute, come fattori socioeconomici, razza, sesso, cultura, religione, ecc.

3. Modello di funzionamento delle disabilità proposto dall'ICF

Come già accennato l'ICF non indica il processo o la dinamica delle compromissioni, ma serve alla descrizione dei processi di funzionamento della salute e delle disabilità. Il modello che ne consegue risponde ad un approc-

cio multiprospettico in cui il funzionamento di un individuo in uno specifico dominio è dato da un'interazione complessa fra le condizioni di salute e diversi fattori, quali quelli ambientali e personali. La relazione fra i diversi elementi riportati nella fig. 2, non è unidirezionale ma di tipo bidirezionale, ovvero teoricamente ogni elemento può essere in interazione dinamica con gli altri.

L'interazione dei fattori riportati nel modello determina il livello e il grado del funzionamento di un individuo in relazione a una condizione di salute.

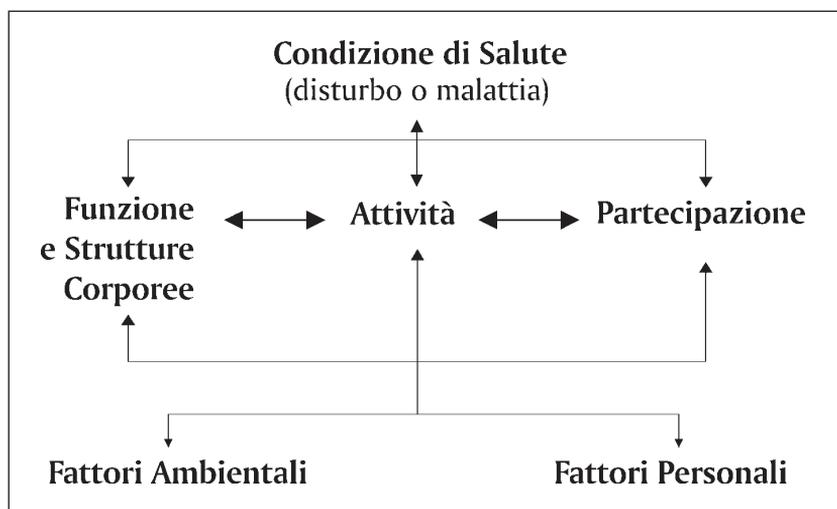


Fig. 2 - Schema delle interazioni tra le componenti dell'ICF.

4. Struttura dell'ICF e principali innovazioni rispetto all'ICIDH

L'ICF è suddiviso in due parti: *Funzionamento e Disabilità* e *Fattori Contestuali*. Ciascuna parte include due componenti. Le componenti di Funzionamento e Disabilità sono: il *Corpo* (che comprende due classificazioni, una per le Funzioni dei sistemi corporei e una per le Strutture corporee) e *Attività e Partecipazione* (che comprende i domini inerenti gli aspetti del funzionamento, considerati da una prospettiva sia individuale sia sociale).

Ciascuna componente della prima parte può essere espressa sia in termini positivi sia negativi. Il termine ombrello *Disabilità* indica menomazione, limitazione dell'attività o restrizione della partecipazione, mentre il termine ombrello *Funzionamento* fa riferimento ad aspetti non problematici della salute e degli stati ad essa correlati.

I *Fattori Contestuali* sono suddivisi nelle componenti *Fattori Ambientali* (or-

ganizzati dall'ambiente più vicino alla persona a quello generale) e *Fattori Personali* (non classificati per la grande variabilità sociale e culturale).

Le componenti del *Funzionamento* e della *Disabilità* e dei *Fattori Contestuali* vengono rilevate attraverso i qualificatori, codici numerici che specificano l'estensione o la gravità del funzionamento o della disabilità, e il grado in cui un fattore ambientale può rappresentare un facilitatore o una barriera (tab. 1).

Tab. 1 - *Struttura dell'ICF*

Componenti	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
	Funzioni e Strutture Corporee	Attività e Partecipazione	Fattori Ambientali	Fattori Personali
Domini	Funzioni corporee Strutture corporee	Aree di vita(compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
Costrutti	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico) Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Capacità Eseguire compiti in un ambiente standard Performance Eseguire compiti nell'ambiente attuale	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
Aspetto positivo	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	Non applicabile
	Funzionamento			
Aspetto negativo	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione della partecipazione	Barriere/ostacoli	Non applicabile
	Disabilità			

4.1 Funzioni e Struttura del Corpo

L'ICF è una classificazione delle “componenti della salute” ovvero degli elementi costitutivi della salute, in quanto tale non è indicato solo nei casi di disabilità, ma ha un'applicazione universale.

Le innovazioni di maggior rilievo concernono la terminologia.

Nella versione del 1980 viene usato il termine Menomazione per indicare “qualsiasi perdita o anormalità a carico di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica”. Pur essendo presente il riferimento al livello organico, la definizione di organo non appare chiara, nel senso che implica l’esistenza di una entità o di una unità all’interno del corpo (per esempio l’occhio e l’orecchio sono considerati degli organi, ma stabilire il confine tra le parti esterne e gli organi interni è alquanto complesso).

Nell’ICF per superare tale difficoltà si preferisce utilizzare il termine “struttura corporea”, con l’intento di riferirsi non ad un organo specifico, ma ad un sistema corporeo.

Le Menomazioni sono intese come “...problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative”. Con il termine Funzioni Corporee si fa riferimento alle “...funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)”, mentre il termine Strutture Corporee concerne “...le parti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti”. E’ importante sottolineare che il termine corpo fa riferimento all’organismo nella sua interezza, pertanto include il cervello e le sue funzioni, cioè la mente.

Le Funzioni e le Strutture Corporee vengono classificate separatamente, ma vanno usate in parallelo, così mentre la classificazione delle Funzioni Corporee includerà i sensi umani fondamentali come “le funzioni della vista”, la classificazione delle Strutture Corporee includerà “occhio e strutture correlate” (Tab. 2).

Secondo l’ICIDH del 1980 la menomazione rappresenta l’esteriorizzazione di uno stato patologico, ciò viene ulteriormente precisato nell’ICF, nel senso che la menomazione non coincide con la patologia sottostante ma ne è la manifestazione e dovrebbe pertanto essere rilevabile dagli altri o dalla persona stessa attraverso l’osservazione diretta o per inferenza da osservazioni indirette. E’ per tale motivo che la classificazione non include problemi a livello cellulare, subcellulare o molecolare.

Secondo quanto riportato nell’ICF le menomazioni, vengono definite come “...problemi nella funzione o nella struttura del corpo, intesi come una deviazione o una perdita significative”. Pur facendo parte di una condizione di salute, la menomazione non indica necessariamente che la malattia è presente o che l’individuo dovrebbe essere considerato malato, per esempio un arto amputato è una menomazione, ma non una malattia. Per quanto alcune categorie sembrano sovrapporsi a quelle dell’ICD-10, va precisato che le due classificazioni hanno finalità differenti: i segni rilevati dall’ICF servono principalmente a prevenire o identificare i bisogni del paziente e non a rilevare uno stato patologico.

Tab. 2 - *Classificazioni delle Menomazioni nell'ICIDH 1980 e Funzioni e Strutture Corporee nell'ICF 2002*

ICDH	ICF	
MENOMAZIONI	FUNZIONI CORPOREE	STRUTTURE CORPOREE
1 Menomazione della capacità intellettuale	1 Funzioni mentali	1 Strutture del sistema nervoso
2 Altre menomazioni psicologiche	2 Funzioni sensoriali e dolore	2 Occhio, orecchio e strutture correlate
3 Menomazioni del linguaggio e della parola	3 Funzioni della voce e dell'eloquio	3 Strutture coinvolte nella voce e nell'eloquio
4 Menomazioni auricolari	4 Funzioni dei sistemi cardiovascolare, ematologico, immunologico e dell'apparato respiratorio	4 Strutture dei sistemi cardiovascolare, immunologico e dell'apparato respiratorio
5 Menomazioni oculari	5 Funzioni dell'apparato digerente e dei sistemi metabolico ed endocrino	5 Strutture correlate all'apparato digerente e ai sistemi metabolico ed endocrino
6 Menomazioni viscerali	6 Funzioni genitourinarie e riproduttive	6 Strutture correlate ai sistemi genitourinario e riproduttivo
7 Menomazioni scheletriche	7 Funzioni neuro-muscoloscheletriche e correlate al movimento	7 Strutture correlate al movimento
8 Menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo	8 Funzioni della cute e delle strutture correlate	8 Cute e strutture correlate

4.2 Attività e Partecipazione

La classificazione del 1980 utilizzava i termini Disabilità, per indicare "...qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) nella capacità di compiere un'attività nel modo o nell'ampiezza considerati normali per un essere umano" ed Handicap, per indicare "...la condizione di svantaggio conseguente a una menomazione o a una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali". Secondo tale classificazione le Disabilità sono caratterizzate da scostamenti, per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nella espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso.

Il concetto di Handicap riguarda il significato assunto da una situazione o esperienza individuale quando essa si scosta dalla normalità (Soder,

1987). La modalità di classificazione dell'Handicap differisce dalle classificazioni di Menomazione e Disabilità. Essa non viene presentata come una tassonomia dello svantaggio, ma come una serie di circostanze e ambiti in cui la persona con menomazione o disabilità incontra difficoltà e ostacoli.

L'ICF apporta significative variazioni in termini concettuali, linguistici e di contenuto. I termini Disabilità ed Handicap vengono rispettivamente sostituiti dai termini Attività e Partecipazione, i cui domini sono presentati in un unico elenco. L'Attività consiste "nell'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo", la Partecipazione indica "il coinvolgimento in una situazione di vita". Per quanto riguarda gli aspetti negativi vengono definite Limitazioni dell'Attività "le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività" e Restrizioni della partecipazione "i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita".

L'Attività e la Partecipazione vengono classificati in un elenco che include tutte le aree della vita, dalle esperienze sensoriali intenzionali, come guardare e ascoltare, alle esperienze legate alla vita sociale, civile e di comunità. La necessità di utilizzare un'unica classificazione è stata determinata dalla difficoltà di distinguere sia tra "Attività" e "Partecipazione" sia tra prospettive "individuali" e "sociali" basandosi esclusivamente sui domini della componente, che risultano condizionati dai contesti socio-culturali, per cui possono essere differenziate solo all'interno dei contesti operativi.

Pertanto la componente Attività e Partecipazione, può essere utilizzata per indicare attività, partecipazione o entrambe (Tab. 3).

I domini di questa componente sono specificati da due qualificatori: Performance, che descrive "ciò che un individuo fa nel suo ambiente naturale", quindi il coinvolgimento nel suo ambiente di vita, e Capacità, che fa riferimento "all'abilità di un individuo di eseguire un compito o un'azione" ed ha lo scopo di indicare il più alto livello di funzionamento raggiungibile da un individuo in un dato ambito in uno specifico momento. Ovviamente la possibilità di esprimere le proprie capacità risulta condizionata dall'ambiente, per cui nel valutare le capacità sarebbe opportuno utilizzare un ambiente "standard" o "uniforme", in linea di principio uguale per tutti i Paesi. Ciò permetterebbe di valutare quanto determinati fattori ambientali possono ostacolare le capacità di una persona ed incidere negativamente sulla sua performance.

4.3 Fattori Contestuali

Nell'ICF la disabilità viene definita come "...la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i

Tab. 3 - *Classificazione di Disabilità ed Handicap nell'ICIDH e di Attività e Partecipazione nell'ICF*

ICDH: Classificazione delle Disabilità e degli Handicap		ICF: Classificazione della componente Attività e Partecipazione
DISABILITA'	HANDICAP	
1 Disabilità nel comportamento	1 Handicap nell'orientamento	1 Apprendimento e applicazione delle conoscenze
2 Disabilità nella comunicazione	2 Handicap nell'indipendenza fisica	2 Compiti e richieste generali
3 Disabilità nella cura della propria persona	3 Handicap nella mobilità	3 Comunicazione
4 Disabilità locomotorie	4 Handicap occupazionali	4 Mobilità
5 Disabilità dovute all'assetto corporeo	5 Handicap nell'integrazione sociale	5 Cura della propria persona
6 Disabilità nella destrezza	6 Handicap nell'autosufficienza	6 Vita domestica
7 Disabilità circostanziali	7 Altri handicap	7 Interazioni e relazioni interpersonali
8 Disabilità in particolari attività		8 Aree di vita principali
9 Altre restrizioni all'attività		9 Vita sociale, civile, di comunità

fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo”.

I fattori contestuali concernono tutte le caratteristiche, gli aspetti e gli attributi di oggetti, strutture e organizzazioni, disposizione dei servizi e agenzie presenti nell'ambiente fisico e sociale, nel quale le persone conducono la propria vita. I fattori contestuali, che riguardano il vissuto e lo stile di vita di una persona, vengono racchiusi in due grandi gruppi: “fattori ambientali” e “fattori personali”.

a) Fattori ambientali

I fattori ambientali rappresentano quei fattori estrinseci alla persona e includono elementi dell'ambiente naturale (tempo o spazio), ambienti costruiti dall'uomo (strutture, arredamenti, ecc.), gli atteggiamenti, i costumi, le regole, le istituzioni e gli altri individui. Sono organizzati in modo tale da indicare due livelli, quello *Individuale* e quello *Sociale*. Il primo livello fa riferimento alle caratteristiche fisiche e materiali dell'ambiente in cui l'individuo vive, il secondo include tutte le strutture, servizi e organizzazioni, nonché regole, atteggiamenti e ideologie, che possono avere un impatto sull'individuo.

I fattori ambientali possono rappresentare, per delle persone con particolari condizioni di salute, dei “facilitatori”, favorendone la performance, o delle “barriere”, e quindi avere un effetto limitante.

I termini “facilitatore” e “barriera” fanno infatti riferimento a tutti quei fattori, come ambienti fisici accessibili, ausili, tecnologie nonché atteggiamenti delle persone, servizi, sistemi e politiche, la cui presenza o assenza può migliorare la performance di una persona, riducendone la condizione di disabilità o al contrario limitare il funzionamento e creare disabilità.

b) Fattori personali

I fattori personali includono genere, età, forma fisica, stile di vita, abitudini, educazione, istruzione, professione, esperienze presenti e passate, modalità comportamentali, carattere, stato psicologico e tutte le altre caratteristiche che possono intervenire nell’esperienza delle compromissioni.

I fattori personali, considerata la loro variabilità, non sono né elencati né classificati.

5. Il sistema di classificazione dell’ICF

La classificazione dell’ICF è organizzata secondo uno schema gerarchico, in cui ognuna delle *componenti* - Funzioni e Strutture Corporee, Attività e Partecipazione, Fattori Ambientali - viene classificata in maniera indipendente. Ciascuna delle componenti include le *categorie*, ovvero le unità di classificazione, che sono organizzate secondo uno schema a grappolo. Le indicazioni relative al dettaglio delle categorie vengono fornite dai *livelli*, i quali sono ordinati gerarchicamente, in tal modo le categorie di livello inferiore condividono gli attributi di quelle di livello superiore.

Ciascuna *componente* viene indicata attraverso un prefisso: si utilizza “b” per indicare le Funzioni Corporee, “s” per indicare le Strutture Corporee, “d” per indicare Attività e Partecipazione (si possono comunque utilizzare anche i prefissi “a” per Attività e “p” per Partecipazione), “e” per indicare i Fattori Ambientali. Il prefisso è seguito da un codice numerico, in cui la prima cifra fa riferimento al numero del capitolo e indica il primo livello, le seguenti due cifre indicano il secondo livello, la quarta e la quinta cifra indicano rispettivamente il terzo e il quarto livello.

Se si fa riferimento al capitolo 1 che si occupa delle Funzioni Mentali, si potranno ad esempio trovare i seguenti codici:

- | | |
|---------------|--|
| b1 | funzioni mentali (primo livello) |
| b167 | funzioni mentali del linguaggio (secondo livello) |
| b1670 | recepire il linguaggio (terzo livello) |
| b16700 | recepire il linguaggio verbale (quarto livello). |

L'ICF, al fine di rispondere alle necessità degli utilizzatori, è comunque disponibile in due versioni, la *versione completa* che fornisce una classificazione a quattro livelli di approfondimento, (un esempio di tale articolazione riguardante la Cura della propria persona è riportato nella figura 3) e la *versione ridotta* che include i domini in un unico secondo livello.

Fig. 3 - Esempio di classificazione a 4 livelli inerente la cura della propria persona.

CAPITOLO 5 CURA DELLA PROPRIA PERSONA

Questo capitolo riguarda la cura di sé, lavarsi e asciugarsi, occuparsi del proprio corpo e delle sue parti, vestirsi, mangiare e bere, e prendersi cura della propria salute.

d510 Lavarsi

Lavare e asciugare il proprio corpo o parti di esso, utilizzando acqua e materiali o metodi di pulizia e asciugatura adeguati, come farsi il bagno, fare la doccia, lavarsi le mani e i piedi, la faccia e i capelli e asciugarsi con un asciugamano.

Inclusioni: lavare il proprio corpo o parti di esso e asciugarsi

Esclusioni: prendersi cura di singole parti del corpo (d520); Bisogni corporali (d530)

d5100 Lavare parti del corpo

Applicare acqua, sapone e altre sostanze su parti del corpo, come le mani, la faccia, i piedi, i capelli o le unghie, per pulirle.

d5101 Lavarsi tutto il corpo

Applicare acqua, sapone e altre sostanze su tutto il corpo, per pulirsi, come fare un bagno o una doccia.

d5102 Asciugarsi

Utilizzare un asciugamano o altri mezzi per asciugare una parte del corpo, o tutto il corpo, dopo essersi lavati.

d520 Prendersi cura di singole parti del corpo

Occuparsi di quelle parti del corpo, come la pelle, la faccia, i denti, il cuoio capelluto, le unghie e i genitali, che richiedono altre cure oltre il lavaggio e l'asciugatura.

Inclusioni: curare la pelle, i denti, i capelli e i peli, le unghie delle mani e dei piedi

Esclusioni: lavarsi (d510); Bisogni corporali (d530)

d5200 Curare la pelle

Occuparsi delle caratteristiche e dell'idratazione della propria pelle, come nel rimuovere calli o duroni e utilizzare lozioni idratanti o cosmetici.

d5201 Curare i denti

Occuparsi dell'igiene dentale, come lavarsi i denti, usare il filo interdentale e avere cura delle protesi dentarie o degli apparecchi ortodontici.

d5202 Curare i capelli e i piedi

Occuparsi dei capelli e dei peli sul viso, come pettinarsi, acconciare i capelli, radersi o regolare barba e baffi.

d5203 Curare le unghie delle mani

Pulire, limare o smaltarsi le unghie delle mani

d5204 Curare le unghie dei piedi

Pulire, limare o smaltarsi le unghie dei piedi

d5208 Prendersi cura di singole parti del corpo, altro specificato

d5208 Prendersi cura di singole parti del corpo, non specificato

I codici dell'ICF sono seguiti da uno o più qualificatori, che denotano il grado del livello di salute o la gravità del problema.

Il primo qualificatore è generico e utilizza la stessa scala per tutte le componenti, fa riferimento all'entità del problema, e a seconda del costrutto può indicare una menomazione, una limitazione, una restrizione o una barriera (Tab. 4).

Tab. 4 - *Qualificatore generico*

xxx.0	NESSUN problema	(assente, trascurabile...)	0-4%
xxx.1	problema LIEVE	(leggero, piccolo...)	5-24%
xxx.2	problema MEDIO	(moderato, discreto...)	25-49%
xxx.3	problema GRAVE	(notevole, estremo...)	50-95%
xxx.4	problema COMPLETO	(totale...)	96-100%
xxx.8	non specificato		
xxx.9	non applicabile		

Le percentuali indicano il margine di errore ammesso, nel caso in cui ci siano strumenti standard di valutazione che permettano di quantificare le disabilità, le limitazioni nella capacità, i problemi di performance o le barriere e i facilitatori ambientali. Al momento non sono tuttavia disponibili procedure di valutazione uniformi, per cui occorre far ricorso agli strumenti di rilevamento in uso nei diversi contesti, pertanto si possono verificare problemi in relazione all'eterogeneità dei mezzi utilizzati, al significato e al peso da attribuire ai dati raccolti, al fine di valutare l'entità del problema.

Per alcune componenti sono disponibili ulteriori qualificatori, che permettono di aggiungere altre informazioni alla codifica degli item (Tab. 5).

6. Casi esemplificativi

Al fine di facilitare la comprensione dei possibili usi dell'ICF si riportano di seguito alcuni esempi paradigmatici di alcune condizioni.

Una menomazione che non porta a limitazioni nella capacità né a problemi di performance

La mancanza di un'unghia alla nascita nella mano di un bambino rappresenta una menomazione strutturale, tuttavia non interferisce con la funzionalità della mano, per cui non limita le capacità del bambino. Nello stesso tempo può anche non rappresentare un problema per la performance, in

Tab. 4 - *Qualificatori per ciascuna componente*

COMPONENTI	PRIMO QUALIFICATORE	ULTERIORI QUALIFICATORI
Funzioni Corporee (b)	Qualificatore generico con significato negativo usato per indicare il grado o l'entità di una menomazione 0 nessuna menomazione 1 lieve menomazione 2 media menomazione 3 grave menomazione 4 completa menomazione 5 non specificato 6 non applicabile	Nessuno
Strutture Corporee (s)	Qualificatore generico con significato negativo usato per indicare il grado o l'entità di una menomazione 0 nessuna menomazione 1 lieve menomazione 2 media menomazione 3 grave menomazione 4 completa menomazione 5 non specificato 6 non applicabile	Natura della menomazione (secondo qualificatore) 0 nessun cambiamento nella struttura 1 assenza totale 2 assenza parziale 3 parte in eccesso 4 dimensioni anormali 5 discontinuità 6 posizione deviante 7 cambiamenti qualitativi nella struttura, incluso l'accumulo di fluido 8 non specificato 9 non applicabile Collocazione della menomazione (terzo qualificatore suggerito) 0 più di una regione 1 destra 2 sinistra 3 entrambi i lati 4 anteriore 5 posteriore 6 prossimale 7 distale 8 non specificato 9 non applicabile
Attività e Partecipazione (d)	Qualificatore Performance usato per indicare ciò che un individuo fa nel suo ambiente naturale 0 nessuna difficoltà 1 difficoltà lieve 2 difficoltà media 3 difficoltà grave 4 difficoltà completa 8 non specificato 9 non applicabile	Qualificatore Capacità usato per indicare l'abilità di un individuo di eseguire un compito o un azione (secondo qualificatore) 0 nessuna difficoltà 1 difficoltà lieve 2 difficoltà media 3 difficoltà grave 4 difficoltà completa 8 non specificato 9 non applicabile Qualificatore capacità con assistenza (terzo qualificatore opzionale) Qualificatore performance senza assistenza (quarto qualificatore opzionale) Qualificatore aggiuntivo (quinto qualificatore in fase di sviluppo)

segue →

Fattori Ambientali (e)	<p>Qualificatore generico con significato negativo o positivo per indicare il grado in cui un fattore ambientale agisce come una barriera o un facilitatore</p> <p>xxx.0 nessuna barriera xxx.1 barriera lieve xxx.2 barriera media xxx.3 barriera grave xxx.4 barriera completa xxx.8 barriera, non specificato xxx.9 non applicabile</p> <p>xxx+0 nessun facilitatore xxx+1 facilitatore lieve xxx+2 facilitatore medio xxx+3 facilitatore grave xxx+4 facilitatore completo xxx+8 facilitatore, non specificato xxx+9 non applicabile</p>	Nessuno
------------------------	--	---------

quanto il bambino non viene deriso dagli altri o escluso dai giochi a causa di questa malformazione.

Una menomazione che non porta a limitazioni nella capacità ma provoca problemi di performance

Il diabete è una menomazione funzionale del pancreas, che non produce insulina. Un bambino in questa condizione, che viene tenuta sotto controllo dai farmaci, non ha alcun problema di capacità, mentre, poiché deve limitarsi nell'assunzione degli zuccheri, può essere limitato nelle performance in tutti i momenti di socializzazione con i compagni che prevedono il mangiare.

Una menomazione che porta a limitazioni nella capacità e, a seconda delle circostanze, può produrre o non produrre problemi di performance

Il ritardo mentale rappresenta una menomazione che incide a diversi livelli sulle capacità di una persona. Le performance risultano invece influenzate dai fattori ambientali, due bambini in condizioni di ritardo simili, possono sperimentare infatti esperienze di svantaggio differenti in relazione alle aspettative dell'ambiente in cui vivono.

Una persona con disabilità, per esempio, nella deambulazione può manifestare performance normalissime in relazione agli aspetti cognitivi e sociali ed essere quindi in condizione di lavorare e socializzare e vivere la propria affettività come gli altri.

7. Considerazioni conclusive

La divulgazione dell'ICF rappresenta un fattore rilevante per una migliore comprensione e gestione, sia a livello della persona sia a livello dei macro

sistemi, delle difficoltà che gli esseri umani possono presentare a seguito di problemi nella funzione e struttura del corpo e delle relazioni tra loro, l'esecuzione di compiti o azioni e il coinvolgimento in situazioni di vita.

L'impegno dell'OMS è stato finalizzato a elaborare uno strumento di classificazione valido che potesse fornire dati in tema di disabilità non rilevabili dagli altri manuali normalmente in uso (ICD, DSM-IV, ecc.). Di tale strumento veniva ravvisata la necessità, specie da parte degli operatori impegnati nell'area della riabilitazione (Soresi, 1998; Stucki e al., 2002).

Il manuale dell'80 ha offerto agli operatori del settore una chiara definizione dei termini Menomazione, Disabilità ed Handicap, usati talora impropriamente e spesso adoperati come sinonimi; la revisione del '97 ha fornito importanti innovazioni in termini di linguaggio e di costrutto. Per quanto concerne il linguaggio veniva spostato il focus dell'oggetto da osservare, passando dal rilevamento dei deficit, quindi dei soli aspetti negativi presenti nelle condizioni di disabilità, che induceva a riferirsi alle persone principalmente in relazione ai loro deficit, ad un sistema di rilevamento che utilizzava termini neutri, di fatto applicabili a qualunque individuo, sottolineando così l'importanza da dare ad ogni persona in quanto essere umano a prescindere dalle proprie difficoltà.

In termini di costrutto, si passava da una prospettiva che evocava una causalità di tipo lineare tra i fenomeni di compromissione allora individuati, ad un modello che ampliava la quantità degli elementi coinvolti nella condizione di disabilità e che sottolineava sia la loro reciprocità e interdipendenza sia la necessità di ricorrere a modelli più articolati per rappresentare la complessità di tali condizioni. Si sottolineava così l'importanza dei fattori sia intrinseci sia estrinseci alla persona, nel tentativo di rilevare in che modo i fattori contestuali e ambientali possono facilitare o ostacolare l'esecuzione delle performance possibili in una persona, data una specifica condizione di salute di partenza.

La versione che in atto viene proposta, divulgata dalla Erickson, aggiunge due importanti concetti innovativi; il primo fa riferimento alla adozione del concetto di salute inteso non come assenza di malattia ma come stato di benessere psico-fisico a cui hanno diritto tutte le persone ed al concetto di "funzionamento", caro a quanti si interessano dell'essere umano, non solo in relazione ai livelli di performance espressi, ma anche ai processi di adattamento e alle modalità di interazione tra uomo e ambiente. Di fatto il termine "funzionamento" è un termine ombrello riferito a funzioni corporee, strutture corporee, attività e partecipazione ed indica gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo e i propri fattori contestuali.

L'ICF cerca di integrare e superare la contrapposizione esistente tra modello medico e modello sociale, sottolineando che "la disabilità non è la caratteristica di un individuo ma piuttosto una complessa interazione di condi-

zioni, molte delle quali sono create dall'ambiente sociale". Ciò presuppone che la gestione dei problemi richieda interventi che coinvolgano la società nel suo complesso, pertanto la piena partecipazione delle persone con disabilità in tutti gli ambiti della vita sociale è una responsabilità collettiva. Lo strumento propone una sintesi ricercando una prospettiva coerente tra le dimensioni biologiche, individuali e sociali della salute.

I recenti contributi concernenti l'ICF (Stucki e al., 2002; Russo e al. 2003; Stucki e Sigl, 2003; Wade e Halligan, 2003) riportano giudizi sostanzialmente positivi per quanto concerne l'architettura complessiva dello strumento e le innovazioni concettuali contenute, nonché sottolineano il bisogno di disporre di un modello globale di analisi della disabilità e dell'handicap (Janes, 2003), tuttavia viene da più parti evidenziata la necessità di specifici adattamenti sia per rilevare alcune condizioni di compromissione nei bambini sia nel caso di particolari condizioni nosografiche, come quelle psichiatriche o riferibili a funzioni mentali.

Bibliografica

- American Psychiatric Association-APA (2000). *Diagnostic and Statistic Manual of Mental Disorders. Forth Edition- text revision* Washington: A.P.A. Tr. it.: Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali. Text revision. Milano: Masson, 2002.
- Buono, S., Zagaria, T. (1999). "Dalla Disabilità all'Attività, dall'Handicap alla Partecipazione": I nuovi orientamenti nelle classificazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. *Ciclo Evolutivo e Disabilità*, 2, 1, 93-113.
- Janes, D. (2003). Il territorio come risorsa per il disabile e la famiglia. *Appunti sulle Politiche Sociali*, 3, 146, 2-6.
- O.M.S. (1980). *International Classification of Impairments, Disabilities, and Handicaps*. Geneva: World Health Organization.
- O.M.S. (1992). *The ICD-10 classification of mental and behaviour disorder: Clinical descriptions and diagnostic guidelines*. Trad. it: Decima revisione della classificazione internazionale delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali. Milano: Masson, 1994
- O.M.S. (1999). *ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities and Participation*. Geneva: World Health Organization. Trad. It: ICIDH-2. Classificazione Internazionale del funzionamento e delle disabilità. Bozza Beta-2, versione integrale. Trento: Erickson, 2000.
- O.M.S. (2002). *ICF. Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson
- Russo, E., Battaglia, M.A., Martinuzzi, A. (2003). Implementazione e adattamento dell'ICF: l'esperienza di un istituto di neuroriabilitazione pediatrica. *La Professione di Psicologo. Giornale dell'Ordine Nazionale degli Psicologi*, 1, 56-58.

- Soder, M. (1987). Relative Definition of handicap: implications for research. *Upsala Journal Medical Sciences Supplement*, 44, 24-9.
- Soresi, S. (1998). *Psicologia dell'handicap e della riabilitazione*. Bologna: Il Mulino.
- Soresi, S (2001). Riflessioni a margine della seconda edizione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap. *Giornale Italiano delle Disabilità*, 1-1,5-22.
- Stucki, G., Ewert, T., Cieza, A. (2002). Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disability & Rehabilitation*, 20, 24(17), 932-938.
- Stucki, G., Sigl, T. (2003). Assessment of the impact of disease on the individual. *Best Practice Research Clinical Rheumatology*, 17(3): 451-73.
- Wade, D.T., Halligan, P. (2003). New wine in old bottles: the WHO ICF as an explanatory model of human behaviour. *Clinical Rehabilitation*, 17(4): 349-54.
- Zero – to – Three, National Centre for Clinical Infant Programs (1997). *Classificazione diagnostica: 0-3. Classificazione diagnostica della salute mentale e dei disturbi dello sviluppo nell'infanzia*. Milano: Masson.
- Zoccarato, M. (1996a). I sistemi internazionali di classificazione delle disabilità psichiche e comportamentali (prima parte). *Difficoltà di Apprendimento*, 1,10.
- Zoccarato, M. (1996b). I sistemi internazionali di classificazione delle disabilità psichiche e comportamentali (seconda parte). *Difficoltà di Apprendimento*, 2,12.

