

Il passaggio dalla Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (I.C.I.D.H) alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (I.C.F) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS).

a cura di *Salvatore Scutto*

In via del tutto preliminare, sembra necessario operare una riflessione sulla 'cultura dell'handicap' e sull'utilizzo appropriato di una terminologia che oggi è ancora confusa e caotica in materia di disabilità.

La corrente *cultura sull'handicap*, faticosamente costruita dagli anni '70, seppure innovativa nei confronti della cultura dell'esclusione e del disinteresse degli anni precedenti, dopo oltre un ventennio di esistenza appare ormai una barriera concettuale sentita da più parti come un limite da valicare.

Ricordiamo che il termine 'handicap' (mano sul cappello), sempre riferito ad una relazione fra la persona e la società, nasce dal sistema di penalizzazione dei cavalli troppo forti per equilibrare le possibilità di vittoria dei concorrenti; concettualmente, perciò, si fa riferimento ad uno svantaggio imposto in partenza, per equilibrare il rapporto fra l'individuo ed il contesto, che pone un limite alla possibilità di correre liberamente.¹

Persona con handicap è considerata invece chi, secondo la nota definizione dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (O.M.S.), ha una menomazione e/o disabilità che lo situa in rapporto relazionale di svantaggio sociale, rispetto alle persone con capacità complessive integre, che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale in funzione di età, sesso, e fattori culturali e sociali.

L'approccio medico scientifico allo studio delle conseguenze delle modifiche permanenti delle condizioni di salute, relativo alla c.d. ICIDH, è caratterizzato dalla giusta preoccupazione di stabilire una corretta diagnosi della malattia (menomazione) e una valutazione funzionale ed obiettiva della disabilità, tendendo a trascurare, e in alcuni casi ad escludere, il valore contestuale cui è sottoposta la persona con disabilità.

L'approccio di tipo sociale, invece, mette in risalto gli aspetti funzionali degli individui all'interno di una comunità che presenta caratteristiche culturali considerate, per semplificazione e larga approssimazione, abbastanza omogenee.

Il tentativo di integrazione fra i differenti aspetti che abbiamo citato richiede innanzi tutto la condivisione di un linguaggio comune che veicoli significati certi e condivisi. Questo linguaggio deve essere nello stesso tempo appropriato per modificare l'approccio ai problemi delle persone con difficoltà speciali e quindi progettare nuove modalità d'intervento per potenziare le abilità, per facilitare la partecipazione alla vita sociale e per migliorare la qualità della vita delle persone con disabilità.

Comunemente una persona con disabilità viene definita handicappata, disabile, portatore di handicap, ecc. modalità di denominazione che usano la parte per il tutto; è evidente che qui balza in primo piano, e forse esclusivamente, il difetto, la mancanza, per di più con una generalizzazione di categoria, che tende a soddisfare soprattutto il desiderio di semplificazione. Non emerge, difatti, il richiamo alla complessità della persona, che ha invece un numero indefinito di altri attributi degni di considerazione.

Lo sguardo va troppo spesso alla carrozzina totalizzando tutta la persona, che diventa così il disabile.

Molte persone che sono state definite prima handicappati, poi disabili, ora sostengono con forza che il termine da usare sia quello di diversabilità.

'Ecco il termine che vorremmo utilizzare sempre di più al posto di disabile: diversabile. Claudio Imprudente, presidente del Centro Documentazione Handicap di Bologna, dice spesso che i termini utilizzati per indicare chi ha un deficit hanno poco a che fare con la fiducia (in-valido, dis-abile, ecc.). Diversabile è un termine propositivo e positivo, che ci suona bene perché mette in evidenza l'essere diversamente abili di molte persone con deficit. Nel cammino della cultura dell'handicap riteniamo che il termine diversabile provenga da un'idea storicamente "necessaria".

Siamo convinti che iniziare a usarlo possa aiutare a vedere le persone con deficit in una prospettiva nuova, meno immediata nella constatazione del deficit, meno medica, più attenta a una storia, a un cammino acquisitivo di abilità. Giustamente si potrà obiettare che noi tutti siamo diversabili (basta vedere il modo di camminare di ognuno): certamente, chi ha un deficit lo è di più. Il termine diversabile contiene imprecisioni, almeno quanto il termine disabile. Queste imprecisioni però hanno almeno il pregio di infondere un po' di ottimismo in più, senza per questo cadere nell'errore di dimenticarsi del deficit e dell'handicap'.²

¹ ASS 1 Triestina / dott. Sergio Ujcich / 2003

² Ghezzi R., *Diversabilità*, "L'integrazione scolastica e sociale", vol. 1, n. 3, 2002, pp. 265-267.

Modelli a confronto verso un'evoluzione concettuale

Il modello ICIDH

Il quadro concettuale ufficialmente assunto come riferimento generale nei confronti dello studio delle disabilità è stato finora costituito dalla classificazione internazionale ICIDH/80 dell'OMS che stabilisce una tripartizione tra menomazione (*Impairment*), disabilità (*Disability*) e handicap (*H*).

Patologie o disturbi =>	Menomazioni	Disabilità	Handicap
	una menomazione è una qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione, sul piano anatomico, fisiologico e psicologico.	la disabilità è una limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di effettuare un'attività nel modo o nei limiti considerati normali per un essere umano.	l'handicap è una situazione di svantaggio sociale, conseguente a menomazione e/o disabilità, che limita o impedisce l'adempimento di un ruolo normale per un dato individuo in funzione di età, sesso e fattori culturali e sociali.

Di fatto dal 1981 ad oggi le definizioni sopra riportate sono entrate nel linguaggio comune, anche se spesso usate in maniera impropria con confusione soprattutto fra disabilità ed handicap. Gli 'addetti ai lavori', in questi 20 anni, hanno cercato di applicare nella pratica quotidiana il sistema di classificazione basato sui principi dell'O.M.S., cercando di integrarlo con i vari sistemi di valutazione funzionale in uso soprattutto in riabilitazione e in geriatria.

Dall'analisi della letteratura emergono apprezzamenti e critiche basati sull'evidenza scientifica di diversi campi sperimentali.³

Gli studi recenti sull'ICIDH concordano tutti sulla sua utilità, sebbene si rilevino inevitabilmente delle difficoltà nell'applicarlo. Alcune di queste derivano dal contesto e dallo scopo professionale delle valutazioni (nel complesso l'ambiente riabilitativo si è rivelato meno problematico delle indagini in comunità), altre dall'applicazione a particolari sotto-gruppi, come per esempio bambini, anziani, malati di mente o pazienti con disabilità più lieve o oscillante.

La gran parte dei problemi riguarda la natura della relazione tra disabilità e handicap e la distinzione tra questi concetti. E' auspicata una formulazione alternativa del modello di disabilità che consideri l'handicap come derivante da un'interazione di diversi elementi: menomazione, disabilità, ambiente nel quale l'individuo vive, risorse disponibili, sfondo sociale e culturale.

Le esperienze e le valutazioni sull'ICIDH/80 sono molto variabili e dipendono soprattutto dal contesto sperimentale e dalle aspettative degli operatori. Nell'insieme sembra sia particolarmente apprezzata la classificazione *H* che risulta coprire uno spazio precedentemente lasciato vuoto nell'approccio sanitario.⁴

Come visto, in seguito al lavoro finora svolto in tutto il mondo si è imposta la necessità della revisione dell'ICIDH/80. Per questa revisione, l'OMS ha attivato un progetto di ricerca multicentrico internazionale conclusosi nel 2002 con la pubblicazione dell'ICF (International Classification of Functioning, disability and health).

³ cfr. ASS 1 Triestina / dott. Sergio Ujcich / 2003

⁴ H è il riferimento alla classificazione degli handicap.

Il modello ICF

Lo scopo è di fornire un linguaggio unificato e condiviso che serva da quadro di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. La classificazione copre qualsiasi disturbo in termini di modificazione funzionale associato a condizioni di salute a livello del corpo, della persona e della società.

L'ICF non è solo un linguaggio comprensibile a livello mondiale, rappresenta anche una importante evoluzione del modello concettuale ICIDH dell'OMS del 1980. Non si trovano più, infatti, i termini *disabilità* e *handicap*, che sono stati sostituiti da *attività e partecipazione sociale*. I termini con una connotazione negativa hanno così acquisito una valenza positiva e le interazioni fra i vari fattori che costituiscono la salute o la disabilità sono diventate più complesse, rendendo possibile la comprensione anche delle situazioni più particolari e attribuendo il giusto peso ai fattori contestuali, sia ambientali che personali. La valutazione di uno stato di salute non si potrà più effettuare ignorando i complessi rapporti esistenti tra corpo, mente, ambiente, contesti e cultura.⁵

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disordini o traumi) vengono classificate principalmente nell'ICD-10⁶ che fornisce un modello di riferimento eziologico.

Nell'ICF, invece, vengono classificati il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute. L'ICD-10 e l'ICF sono pertanto complementari e gli operatori sono incoraggiati ad usare queste due classificazioni internazionali dell'OMS assieme ogni qualvolta sia possibile farlo.

Anche se l'approccio polarizzato dei modelli sanitario e sociale presenta un'opposizione antitetica, essi possono essere visti in un'armonia di sintesi, specialmente se si cerca di catturare l'integrazione delle varie dimensioni del processo disabilitante in un approccio «bio-psico-sociale».

L'ICD-10 fornisce una diagnosi delle malattie, dei disturbi e di altri stati di salute e questa informazione si arricchisce delle informazioni aggiuntive offerte dall'ICF relative al funzionamento. Quindi, l'associazione di informazioni sulla diagnosi e sul funzionamento fornisce un quadro più ampio e significativo della salute delle persone o delle popolazioni, utilizzabile quando si tratta di prendere delle decisioni.⁷

L'ICF non è più una classificazione delle *conseguenze delle malattie* (ICIDH) ma è diventata invece una classificazione delle *componenti di salute*. Le componenti di salute identificano gli elementi costitutivi della salute, mentre le conseguenze si focalizzano sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare. Tale modello assume una posizione neutrale rispetto all'eziologia, permettendo ai ricercatori di fare inferenze causali utilizzando i metodi scientifici appropriati.⁸

Visione dell'insieme dell'ICF

L'ICF può essere diviso in due parti; ognuna composta da due componenti:

Parte 1. Funzionamento e Disabilità

- a) Funzioni e Strutture Corporee
- b) Attività e Partecipazione

Parte 2. Fattori Contestuali

- a) Fattori Ambientali
- b) Fattori Personali

- Ciascuna componente può essere espressa in *termini* sia positivi che *negativi*;

- Ciascuna componente consiste in vari domini e, all'interno di ciascun dominio, di categorie, che sono le unità di classificazione.

⁵ Ianes D., Banal S., *L'ICF e la conoscenza del soggetto*, "L'integrazione scolastica e sociale", vol. 1, n. 5, Erickson, Trento 2002, pp. 422-433.

⁶ acronimo di *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, 10° rev., voll. 1-3, Ginevra, OMS, 1992-1994.

⁷ Organizzazione Mondiale della Sanità, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento 2001, pp. 11-12.

⁸ ibidem

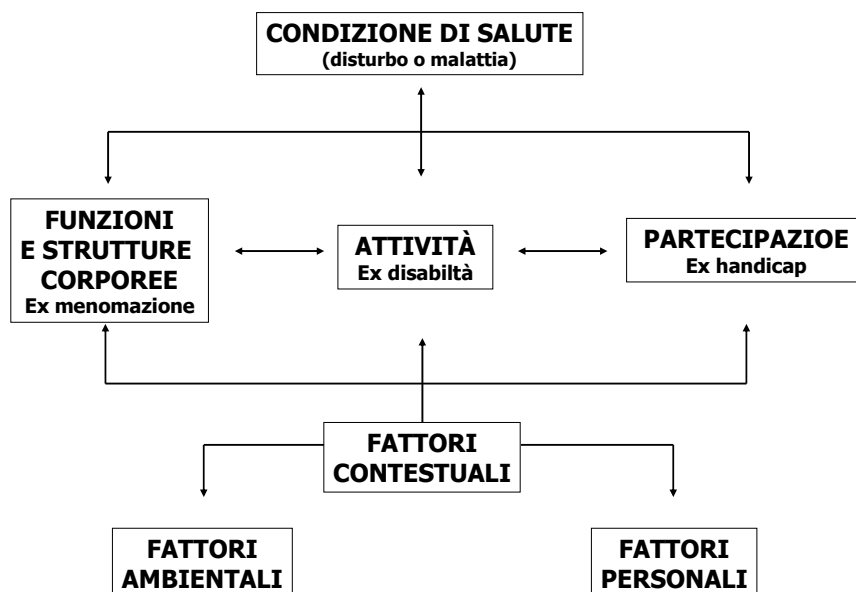
Visione d'insieme dell'ICF

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
Aspetto negativo	Funzionamento		Barriere/ostacoli	non applicabile
	Menomazione	Limitazione dell'attività Restrizione della partecipazione		
	Disabilità			

Per maggiori approfondimenti si veda Organizzazione Mondiale della Sanità, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento 2001, pp. 16-17-18-19.

Modello del Funzionamento e della Disabilità

In questa classificazione, l'ICF non presenta il processo del funzionamento e della disabilità, ma può essere usato per descriverlo fornendo gli strumenti per delineare i diversi costrutti e domini. Esso offre un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e della disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo. Fornisce gli elementi di base agli utilizzatori che aspirano a creare modelli e a studiare diversi aspetti di questo processo. Il diagramma che segue può essere utile per visualizzare il modello attuale dall'interazione dei concetti e delle varie componenti.



per ulteriori approfondimenti si veda il testo dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, Erickson, Trento 2001.