

Malattia e Salute dal ICIDH all'ICF.

Rocco Di Santo

Sociologo del DINPEE.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità (World Health Organization), com'è ben noto, ha tra le sue finalità l'identificazione e la classificazione delle malattie. L'ICD (International Classification of Disease) infatti, è la classificazione delle patologie in base alle proprie caratteristiche anatomo-fisiologiche-eziologiche, ecc. Nel corso degli anni questa classificazione ha subito una serie di revisioni e di aggiornamenti tanto da contare ben 10 versioni.

L'ICD ha avuto continuamente diversi supplementi grazie ai quali è stato possibile leggere ed intendere la malattia/salute sia in senso strettamente bio-medico sia in senso bio-psico-sociale e persino politico-economico. Un percorso metodologico ed epistemologico che si è sviluppato in tre stagioni differenti: la prima caratterizzata dai lavori preliminari che si sono conclusi con lo sviluppo dell'ICIDH; la seconda con l'aggiornamento e la revisione di quest'ultimo; infine, con i lavori che hanno portato al superamento dell'ICIDH e la stesura dell'ICF.

La prima stagione risale agli anni '70. Per tutto il decennio, l'OMS ha cercato di classificare, per la prima volta, le diseases considerando anche le varie conseguenze funzionali e sociali da essa generate. Occorreva, infatti, una nuova classificazione da affiancare all'ICD ove era possibile individuare le conseguenze psicofisiche e socio-culturali di un soggetto con una qualsiasi menomazione.

Dal '72 al '76 si sono così susseguiti numerosi dibattiti e bozze di classificazione sia per le menomazioni sia per gli handicap. Nel 1975 è stata addirittura istituita un'apposita Conferenza Internazionale per la IX Revisione della Classificazione Internazionale delle Malattie con lo scopo sperimentale di raccogliere, giudicare e pubblicare una prima appendice all'ICD. Superata la prima analisi sperimentale, l'anno seguente, la XXIX Assemblea Mondiale della Sanità è stata approvata una prima bozza di una classificazione delle conseguenze di una serie di menomazioni.

Cinque anni dopo, nel 1980, Wood e la sua équipe hanno proposto il cosiddetto "International of Impairment, Disabilities and Handicaps. A Manual of classification

relating to the consequences of disease” (ICDH) che l’OMS ha deciso ben presto di far proprio e di diffonderlo tra i professionisti dell’assistenza e della riabilitazione.¹

La stagione successiva dunque, è stata contrassegnata non solo dalla prima pubblicazione ma anche dalla mancanza di finanziamenti che hanno minacciato l’esistenza di tale classificazione.

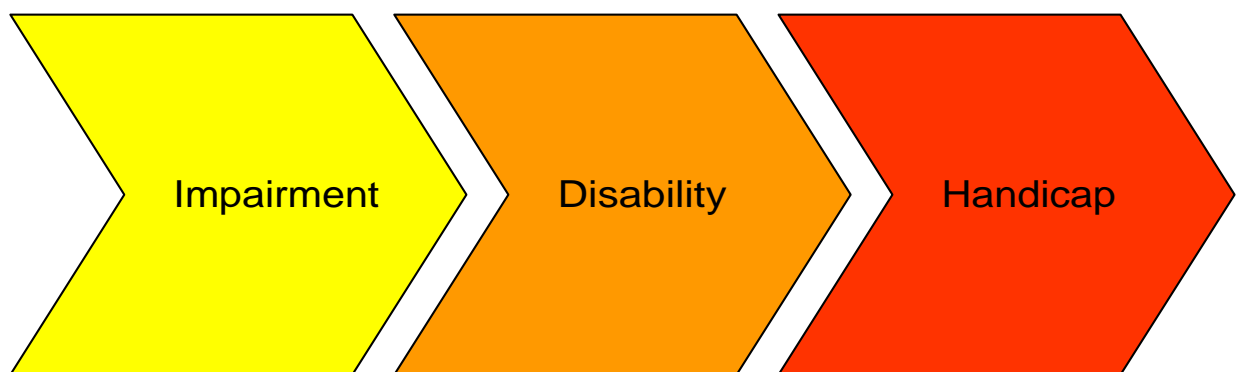
L’ICDH è stata considerata necessaria per consentire l’analisi delle conseguenze associate alle varie forme morbose in considerazione dei seguenti aspetti:

1. i motivi che spingono le persone a rivolgersi ai servizi sociosanitari non dipendono tanto dalla diagnosi formulata, quanto, piuttosto, dalle conseguenze delle malattie;

2. esistono diverse forme morbose che non possono essere adeguatamente codificate utilizzando la consueta classificazione delle malattie;

3. per migliorare la qualità dei servizi e della stessa politica sanitaria è necessario poter descrivere anche le interrelazioni esistenti tra i diversi possibili eventi che vengono diagnosticati da un punto di vista medico e quelli definibili in termini di “conseguenze delle malattie”²

Nel lavoro di Wood e dei suoi colleghi, i termini Empairment (tradotto in menomazione), Disability (disabilità) ed Handicap sono stati così relazionati:



Per Menomazione (Impairment) l’OMS intende: perdite o anomalie che possono essere transitorie o permanenti e comprendere l’esistenza o l’evenienza di anomalie, difetti o perdite a carico di arti, organi, tessuti o altre strutture del corpo, incluso il

¹ S. Soresi 1998, p.18

² S. Soresi. 1998. p.18.

sistema delle funzioni mentali. La menomazione rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico, e in linea di principio riflette i disturbi a livello d'organo.³

Per Disabilità (Disability) si tratta di scostamenti per eccesso o per difetto, nella realizzazione dei compiti e nella espressione dei comportamenti rispetto a ciò che sarebbe normalmente atteso [...], possono avere carattere transitorio o permanente ed essere reversibili o irreversibili, progressive o regressive [...], possono insorgere come conseguenza diretta di una menomazione o come reazione di un soggetto, specialmente da un punto di vista psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura. La disabilità 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 nella adozione di comportamenti appropriati; nella cura della propria persona; nell'esecuzione delle altre attività quotidiane e nella funzione locomotoria.⁴

La definizione di disabilità suggerisce “cosa privilegiare” in sede di diagnosi e assessment, e “come” procedere per realizzare un'operazione di rilevazione corretta da un punto di vista metodologico, ma al contempo anche rilevante per l'attivazione di programmi di riabilitazione.⁵ Inoltre, la definizione fa intendere che la disability è uno stato in essere di un soggetto in una scala di valori che va dall'inabilità (assoluta incapacità di svolgere una determinata o una serie di azioni) e l'abilità o assenza di disabilità (ossia la totale capacità di svolgere autonomamente azioni di ogni tipo).

L' Handicap è invece, una condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona in conseguenza di una menomazione o di una disabilità che limita o impedisce la possibilità di ricoprire il ruolo normalmente proprio a quella persona in relazione all'età, al sesso e ai fattori socioculturali. [...] 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 che del particolare gruppo di cui fa parte. L'Handicap rappresenta pertanto la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio proviene

³ S. Soresi. 1998. p.19.

⁴ Premessa all'ICIDH. In Soresi, pp.26-27.

⁵ S. Soresi. 1998. p.27

dalla diminuzione o dalla perdita della capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie all'universo che circonda l'individuo.⁶

Lo schema concettuale tra le tre componenti (menomazione – disabilità – handicap) è stato dunque un nuovo modo di intendere la malattia. Una tripartizione che ha tentato di superare la logica bio-medica della disease, intesa quest'ultima come assenza di salute e come condizione di svantaggio di un soggetto verso la collettività. È intrinseco che la tripartizione richiama il concetto di prevenzione e di tutela della salute anziché soffermarsi unicamente sulla logica della cura e dell'assistenza del paziente bisognoso.

Con la crisi della Classificazione delle menomazioni, disabilità ed handicap, si è aperta la terza stagione che ha condotto alla pubblicazione di una revisione dell'ICIDH.

Infatti, se pur positivo nel suo intento, la classificazione delle menomazioni-disabilità-handicap, ha avuto ed ha subito alcuni difetti metodologici. Limiti che hanno portato al bisogno di una quasi totale revisione: in primis il fatto che non c'è alcun riferimento all'ambiente fisico e sociale in cui il paziente (meglio l'handicappato) viveva.

Nel 1999, l'OMS ha pubblicato una nuova classificazione internazionale (meglio conosciuta come ICIDH-2) che ha riguardato le Attività personali (ex-disabilità) e la Partecipazione sociale (ex Handicap o svantaggio esistenziale), nella quale venivano ridefiniti due dei tre concetti portanti che caratterizzavano il processo morboso:

- la sua esteriorizzazione, cioè la menomazione, l'oggettivazione, quindi non più la disabilità ma attività personali;
- le conseguenze sociali, ossia diversa partecipazione sociale e non più handicap o svantaggio.

Nella nuova Classificazione dell'OMS, il termine handicap è stato messo da parte. Le attività personali hanno considerato le limitazioni di natura, durata e qualità che una persona subisce nelle proprie attività, a qualsiasi livello di complessità, a causa di una menomazione strutturale o funzionale e sulla base di questa ogni persona è

⁶ ICIDH, 1980. p.177.

diversamente abile. La partecipazione sociale comprende le restrizioni, rispetto alla loro natura, durata e qualità, che una persona subisce in tutti gli ambiti della vita propria a causa dell'interazione fra le menomazioni, le attività e i fattori contestuali.⁷

Il motivo per cui si è tralasciata la parola handicap è data dal fatto che «le persone con disabilità avevano maturato sempre di più il convincimento che fosse necessario il riconoscimento dei loro diritti da parte della società: numerose associazioni si impegnarono (e tuttora si impegnano) per sviluppare un'immagine positiva della persona con disabilità e per far sparire le barriere ambientali, comprendendo nelle barriere ambientali quelle sociali, legislative, attitudinali etc.»⁸

Matilde Leonardi⁹ in un suo contributo ha così scritto: «L'ICIDH 80, considerava, di fatto, il mondo fisico e sociale come fisso e immutabile, e non riconosceva né la presenza di barriere ambientali/sociali, né l'assenza di facilitatori ambientali/sociali, fattori questi che sono all'origine della disabilità. E' partendo da questi difetti e dalle numerose critiche che ne sono derivate che l'OMS ha deciso di attuare una revisione di questa prima classificazione [...] Innanzitutto – continua l'autrice - era ovvio che erano necessari molti miglioramenti: più attenzione alle menomazioni mentali; definizioni operative; un più chiaro sistema di codifica e così via. In aggiunta, è stato concordato che la revisione necessitasse di essere guidata da cinque principi concettuali:

1) **Universalità:** al pari del funzionamento umano, la disabilità dovrebbe essere vista come un aspetto universale dell'umanità; non come definizione di caratteristiche di qualche gruppo minoritario.

2) **Ambiente:** considerate le intuizioni del modello sociale, i fattori ambientali devono essere inclusi come componente dello schema di classificazione.

3) **Linguaggio Neutrale:** la nuova classificazione è principalmente una classificazione positiva dei livelli di funzionamento umano, non una classificazione esclusiva dei problemi di funzionamento. Un obiettivo essenziale della revisione è stato quello di evitare qualsiasi terminologia negativa. I termini scelti dovevano essere quantomeno neutri, se non positivi, e meno tipicamente medici.

⁷ C. Lonardi. "Handicap" in "La disabilità tra costruzione dell'identità e cittadinanza" tratto dal vol. *Salute e Società* anno IV vol.1. 2005. p. 185.

⁸ M. Leonardi. P.11.

⁹ Matilde Leonardi è medico OMS; coordinatrice della conferenza mondiale ICF.

4) Parità: la classificazione non dovrebbe fare differenza fra il fisico e il mentale, ma semplicemente classificare tutte le funzioni umane. Ciò implica che la classificazione è eziologicamente neutrale: tutti i livelli di disabilità sono definiti operativamente senza riferimenti a cosa possa causare il problema.

5) Modello Biopsicosociale si tratta del più importante principio della revisione coinvolto nel modello sottostante di disabilità. Considerate le critiche all'ICIDH, si è posta infatti maggiore attenzione all'analisi del contesto personale, sociale e fisico.

La nuova classificazione doveva essere inoltre:

- a) funzionale alle esigenze avvertite nei diversi Paesi, settori e discipline sanitarie;
- b) utile per la pratica, cioè per identificare i bisogni di assistenza sanitaria e sociale e per predisporre programmi di intervento (per esempio prevenzione, riabilitazione, azioni sociali);
- c) in grado di fornire una visione coerente dei processi coinvolti nelle conseguenze delle condizioni di salute, in modo che il processo di compromissione costituito da dimensioni, che sono distinte dalle malattie/disturbi potessero essere oggettivamente valutate e registrate;
- d) sensibile alle differenze culturali (essere traducibile e applicabile in culture e sistemi di assistenza socio-sanitaria diversi). La creazione dell'ICF è stata concepita transculturalmente in varie lingue allo scopo di sviluppare la migliore terminologia internazionale possibile;
- e) utilizzabile in maniera complementare alla famiglia di classificazioni dell'OMS;
- f) arricchita da ulteriori schemi riguardanti i Fattori Contestuali (fattori esterni-ambientali e fattori interni-personali) che costituiscono delle componenti importanti del processo della disabilità;
- g) applicabile in maniera transculturale così da diffondere principi di universalità;
- h) utilizzata per sviluppare materiali di training e di presentazione...».¹⁰

Dunque, da quanto detto, è evidente che la terza stagione, (anni '90 e i primi anni del 2000), si sono distinti per una ulteriore revisione e aggiornamento dell'ICIDH.

¹⁰ M. Leonardi. "SALUTE, DISABILITÀ, ICF E POLITICHE SOCIOSANITARIE" in "Sociologia e Politiche Sociali" 2005. FrancoAngeli, Milano. pp.9-10 (sul provvisorio).

Dal 1996 al 2000 sono state stilate le bozze alfa, beta e beta-2 del nuovo ICIDH e il 22 maggio 2001, in occasione del 54° World Health Assembly con il nome di ICF (acronimo di International Classification of Functioning, Disability and Health - Classificazione Internazionale di Funzionamento, Inabilità e Salute), è stata presentata una nuova classificazione che ha sostituito definitivamente l'ICIDH (risoluzione WHA54.21).

A un anno di distanza dall'assemblea del WHO a Trieste, l'ICF è stata presentata ai ministri della Sanità e del Welfare State di 75 paesi con l'obiettivo di promuovere l'impegno di ogni paese del mondo per l'adozione di tale sistema di classificazione.

Un successo, questo dell'ICF, ma anche una rivoluzione copernicana per la logica adottata per stilare la classificazione.

Gro Harlem Brundtland, Direttore Generale dell'OMS si è così espressa sull'ICF: «esso è la base concettuale per le formulazioni di definizione, di misura e di politica per la salute e l'inabilità. E' una classificazione universale della inabilità e della salute per uso in ambito sanitario e nei settori correlati alla salute. L'ICF descrive che cosa una persona disabile è in grado di fare o non fare. Poiché ha classificato tutte le possibili funzioni e le strutture del corpo, le attività e la partecipazione ad esse entro un codice standard, l'ICF misura la salute in maniera standard ai fini di una condivisione concettuale tra popoli, comunità e paesi. In breve ci offre uno strumento per creare un profilo completo della salute dell'individuo e delle inabilità in tutte le sfere della vita. L'ICF elenca inoltre i "fattori ambientali", le caratteristiche nel mondo che rendono o meno abili gli individui. Misurando lo stato di salute e la disabilità potrà essere possibile quantificare la perdita di produttività e il suo impatto nella vita delle persone in qualsiasi società. Possiamo valutare i cambiamenti nel tempo ed avere un quadro di quanto le persone sane perdano in funzionalità, dove siano i reali problemi e dove possiamo fare progressi. In altre parole, l'ICF può essere usato per misurare i risultati di salute. L'ICF può sembrare una semplice classificazione della salute, ma può essere usata per numerose finalità. La più importante è come strumento di programmazione per chi deve assumere decisioni politiche.»

Prende questo nome «perché focalizza l'attenzione sulla salute e la funzionalità, non sulla disabilità. Precedentemente la disabilità iniziava dove finiva la salute; una volta essere disabile significava appartenere ad una categoria separata. Noi vogliamo

uscire da questo modo di pensare; vogliamo fare dell'ICF uno strumento per misurare il funzionamento nella società, non importa il grado di menomazione dell'individuo.»¹¹

Per Antonio Guidi, l'allora Sottosegretario al Ministero della Salute, l'ICF «è uno strumento che consente di valutare, per ogni cittadino che ne faccia richiesta, non l'incapacità in sé, ma quanto l'individuo è in grado di "fare"; gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria auto-realizzazione. [...] Un metodo che impone di prendere in considerazione non solo la patologia, ma l'intera persona con i suoi problemi, le sue risorse facendo pulizia, tra l'altro, di tante invalidità gonfiate; non in un'ottica punitiva per togliere qualcosa a qualcuno, ma per fornire l'aiuto giusto a chi fa una richiesta e soprattutto sostenere chi ha necessità reali. La Commissione vuole con forza esplorare quel mondo troppo spesso rimosso che riguarda la salute di chi ha una disabilità, non trascurando il benessere fisico e mentale della persona disabile e di chi gli è vicino. Troppo frequentemente, infatti, ogni intervento tende ad attuarsi in una prospettiva riduttivistica, ovvero si preferiscono interventi di tipo protesico, farmacologico, riabilitativo, spesso in una dimensione dove la mancanza o la carenza di competenze ingloba, come un buco nero, tutta la personalità dell'individuo e il suo contesto. Capovolgendo la prospettiva, non si vuole "normalizzare" nessuno, ma proporre modelli per portare a più alti livelli la qualità di vita e quindi la salute di un numero sempre crescente di persone con disabilità.»¹²

Da quanto fin qui detto, la differenza tra l'ICIDH e l'ICIDH-2/ICF è evidente: con l'ICF non si punta a classificare le malattie ma le "componenti delle salute"; si assume «una posizione neutrale rispetto all'eziologia e permettendo ai ricercatori e ai clinici di fare inferenze causali utilizzando i metodi scientifici più appropriati integrando in maniera completa il modello medico e il modello sociale [...] La classificazione ICF veicola una serie di importanti cambiamenti a livello culturale sui concetti di salute, funzionamento e, soprattutto, disabilità. Per molto tempo, infatti, il concetto di salute

¹¹ Intervista alla Dr.ssa Gro Harlem Brundtland pubblicata sul sito internet del Ministero della Salute.

¹² Intervista al sottosegretario alla Salute, Antonio Guidi, in occasione della presentazione a Trieste dell'ICF, pubblicata sul sito internet del Ministero della Salute.

è stato sovrapposto a quello di assenza di malattia, un modello prettamente di stampo medico-organicista che [invece] recentemente è stato ampliato con altre componenti.»¹³

Alla unidirezionalità menomazione-disabilità-handicap si contrappone la varietà di interrelazioni tra le dimensioni definite costituenti lo stato di salute di una persona in un preciso momento della sua vita.

Alla logica precedente in cui l'handicap è una conseguenza lineare di una menomazione e di una disabilità (dove quest'ultima a sua volta è conseguenza anch'essa di una menomazione) si avanza una logica ove alla menomazione subentrano le funzioni e le caratteristiche corporee mentre alla disabilità e all'handicap subentrano le attività e la partecipazione alla vita sociale di un soggetto.

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

| ICIDH | ICF | |
|--|--|---|
| Disabilità | Handicap | Classificazione delle componenti di Attività e Partecipazione. |
| 1. Disabilità nel comportamento 2. Disabilità nella comunicazione 3. Disabilità nella cura della propria persona | 1. Handicap nell'orientamento 2. Handicap nell'indipendenza fisica 3. Handicap nella mobilità 4. Handicap occupazionali | 1. Apprendimento e applicazione delle conoscenze 2. Compiti e richieste generali 3. Comunicazione |

¹³ M. Leonardi. P.11

| | | |
|---|--|--|
| 4. Disabilità locomotorie 5. Disabilità dovute all'assetto corporeo 6. Disabilità nella destrezza 7. Disabilità circostanziali 8. Disabilità in particolari attività 9. Altre restrizioni all'attività | 5. Handicap nell'integrazione sociale 6. Handicap nell'autosufficienza Economica 7. Altri handicap | 4. Mobilità 5. Cura della propria persona 6. Vita domestica 7. Interazioni e relazioni interpersonali 8. Aree di vita principali 9. Vita sociale, civile, di comunità |
|---|--|--|

L'ICF non è soltanto una classificazione delle conseguenze di una qualsiasi disease bensì esprime una nuova concezione ove il malato/paziente non è più inteso come un soggetto ai margini del dinamismo sociale bensì egli si pone al centro del complesso rapporto corpo/ambiente/società. Una filosofia che non ammette l'idea del "diverso" e dell'"anormale" bensì omette qualunque espressione carica di negativismo, di stigmatizzazione. In poche parole, si propongono concetti quali Salute (e non più Malattia), Funzioni e Strutture corporee (al posto di menomazione), Attività e Partecipazione (anziché Handicap).

In altre parole possiamo dire che la nuova classificazione ha comportato una vera e propria "rivoluzione copernicana" del modo di intendere la Malattia e la Salute; un cambiamento che ha contrassegnato da tre particolari prospettive:

- 1) Aspetto Scientifico;
- 2) Aspetto Socioculturale;
- 3) Aspetto Politico-Economico.

Il primo di questi riguarda l'ambito strettamente scientifico poiché nelle ultime versioni della classificazione delle conseguenze delle disease il concetto stretto di malattia subisce una profonda trasformazione. Nelle tre stagioni precedentemente descritte, è implicito un cambiamento di indirizzo del concetto di malattia. Nella prima stagione, infatti, si può notare come la malattia sia ancora intesa secondo il dualismo cartesiano ove la medicina ha il compito di studiare il complesso sistema corporeo (la res-extensa) e correggere eventuali disfunzioni. Una logica che si ripercuote anche nel sistema di classificazione in cui le malattie vengono ordinate secondo criteri anatomico-fisiologici ed eziologici come nell'ICD. Tale dualismo viene in parte superato nella seconda stagione quando con l'ICIDH si è instaurata una matrice di tipo sociologico e psicologico. Non è un caso che si utilizzano termini come disabilità ed handicap in

veste di “conseguenze” di uno stato psico-fisico alterato da una qualche menomazione. Termini questi, che in un certo qual modo intendono nient’altro che uno stigma. Per quanto riguarda l’ICF, il ciclo si conclude con una “rivoluzione” dei concetti di Malattia e di Salute. In senso scientifico, Ambiente e Salute divengono i nuovi indicatori che misurano il benessere psicofisico del soggetto, eclissando definitivamente i concetti di menomazione (malattia in senso lato) e le sue conseguenze: disabilità (con le sue componenti di scala: inabilità e abilità) ed handicap.

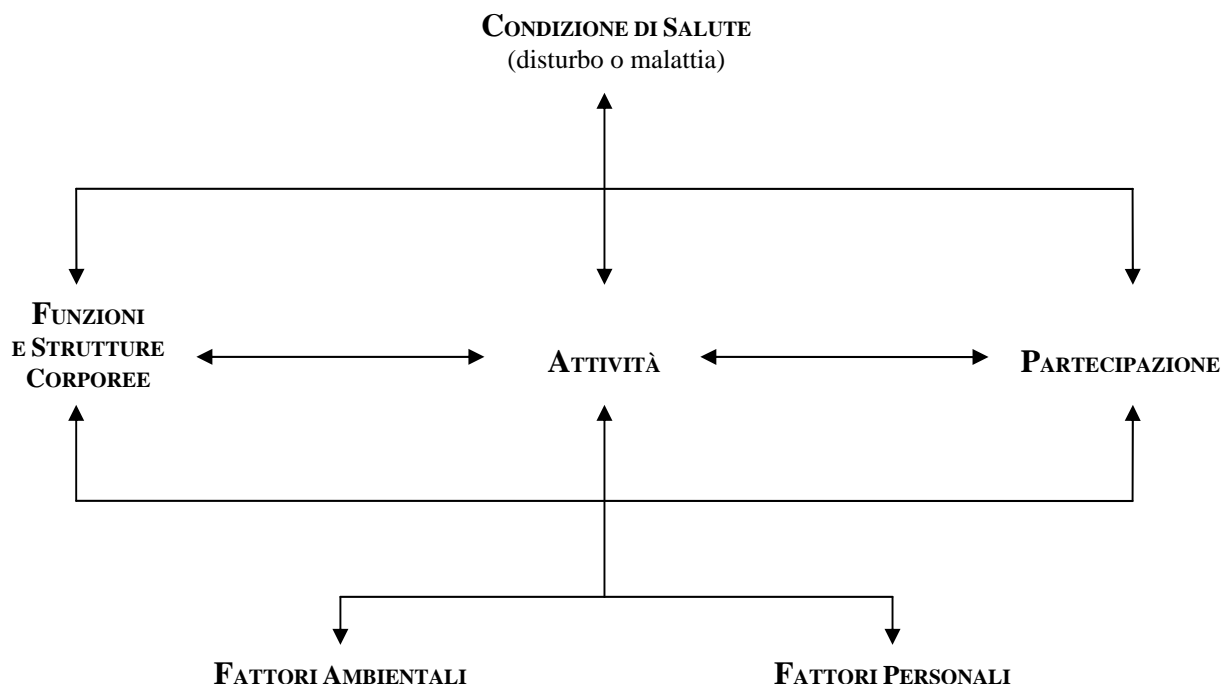
Il secondo aspetto di questa “rivoluzione” interessa la dimensione socioculturale. L’ICF infatti, supera la già più volte citata tricotomia di menomazione- disabilità - handicap. Se il motivo per cui si è superato l’ICIDH è quello di evitare la stigmatizzazione di una disease, con l’ICF si preferisce non discutere della disease ma concentrare la questione sul concetto di Health (Salute). Questi la si intende come stato di benessere psicofisico ma soprattutto di massimo equilibrio con l’ambiente naturale e con il l’ambiente sociale e culturale. Salute e Malattia sono concetti armonici, che si legano assieme e non possono essere visti, come in passato, l’uno il rovescio della medaglia dell’altro; essi sono coesistenti nello stesso focus di attenzione (dal singolo alla collettività). Si supera l’idea che la menomazione produce disabilità e questi uno stato di handicap con una logica in cui l’handicap lo si può vivere pur senza una menomazione e/o e si può vivere una menomazione senza uno stato di handicap e/o disabilità. Un soggetto non vive in bilico tra una situazione di menomazione/disabilità o una normale (assoluta Salute) ma vive tra una moltitudine di condizioni. Lo schema seguente, utilizzando proprio la tripartizione menomazione-disabilità-handicap, mostra come i tre elementi sono assolutamente indipendenti tra loro:

- menomazione con disabilità e handicap (situazione in cui la menomazione produce una limitazione delle abilità delle funzioni psicomotorie e uno stato in cui il soggetto è ritenuto inferiore alla collettività. Gli esempi possono essere tantissimi: dalla distrofia multipla alle paralisi cerebrali, dalla Sindrome di Parkinson alla mutilazione di un arto; da una leucemia all’AIDS, da ischemia del miocardio alla cecità, ecc.);
- menomazione con disabilità senza handicap (la menomazione comporta soltanto una limitazione delle abilità psico-fisiche ma non v’è alcuna etichettamento da

- parte del sociale: ad esempio stati febbricitanti, una contusione, una frattura, ecc.);
- menomazione senza disabilità e senza handicap (la menomazione non comporta nessuna conseguenza né per ciò che riguarda le funzioni psichiche o somatiche né una forma di singolarità: è il caso ad esempio di una moderata miopia; lieve ipotiroidismo, ecc.);
 - disabilità senza menomazione e senza handicap (la disabilità non è prodotta da una menomazione, ergo non è particolarmente valutabile dalla medicina, ne consegue uno stato di handicap: è il caso di particolari stati ansiosi e di stanchezza psicofisica);
 - disabilità con handicap senza menomazione (la menomazione non è – o non può essere – riconosciuta da un punto di vista biologico e medico ma allo stesso modo il soggetto vive una situazione di disabilità e di handicap: è il caso di forme acute di ipocondria, di malessere emotivo in cui il soggetto si esclude o viene escluso dalla società per la sua condizione svantaggiata);
 - handicap senza menomazione e senza disabilità (il soggetto vive una stigmatizzazione da parte della società senza presentare forme patologiche e di limitazione delle sue funzionalità psicofisiche: è il caso di etichettamenti sociali verso soggetti ritenuti “anormali” non per menomazioni o limitate performance ma per “particolari” comportamenti o abitudini. L’esempio classico può essere quello degli omosessuali o dei consumatori “non-dipendenti” da droghe e da alcool.

Secondo questo intendere, il soggetto non ha bisogno di una menomazione per vivere una situazione di malessere ma soprattutto è da escludere l’alterità che è presente in molte culture. Con l’ICF si propone un modello in cui lo stato psicofisico di un soggetto è sempre a “rischio” (oppure è sempre in salute) poiché ognuno può vivere e subire pesantemente l’incubo del malessere psicofisico ed ambientale. L’ICF, dunque, può essere visto come un [nuovo] linguaggio: i testi che si possono creare con esso dipendono dagli utilizzatori, dalla loro creatività e dal loro orientamento scientifico. Il diagramma presentato successivamente può essere utile per visualizzare il modello attuale dell’interazione delle varie componenti.

Interazioni tra le componenti dell'ICF.



- In questo schema il funzionamento di un individuo in un dominio specifico è un'interazione o una relazione complessa fra le condizioni di salute e i fattori contestuali (cioè i fattori ambientali e personali). Tra queste entità c'è un'interazione dinamica: gli interventi a livello di un'entità potrebbero modificare una o più delle altre entità. Queste interazioni sono specifiche e non sono sempre in una relazione biunivoca prevedibile. L'interazione opera in due direzioni; la presenza di una disabilità può anche modificare la stessa condizione di salute. Derivare una limitazione di capacità da una o più menomazioni, o una restrizione nella performance da una o più limitazioni, può in molti casi sembrare logico. È importante però raccogliere i dati relativi a questi costrutti in maniera indipendente e in seguito analizzare le associazioni e le relazioni causali tra di essi. Tutte le componenti possono essere utili per descrivere la condizione di salute globale.¹⁴

La terza dimensione è di natura politico-economica poiché con l'ICF si avanza il bisogno di una nuova etica ove prevale un senso di appartenenza comune che supera la

¹⁴ OMS. "ICF" Erickson ed. Trento. pp.22-23.

vecchia logica concentrata su Ego/Alter. Un “Noi” dunque che comporta il coinvolgimento degli individui in senso macroscopico

Nell'introduzione alla classificazione, l'OMS ci tiene a sottolineare che « la disabilità non è la caratteristica di un individuo, ma piuttosto una complessa interazione di condizioni, molte delle quali create dall'ambiente sociale. Ne deriva che la gestione del problema richiede azioni sociali ed è responsabilità collettiva della società nel suo complesso implementare le modifiche ambientali necessarie per la piena partecipazione delle persone con disabilità in tutte le aree della vita sociale. La questione riguarda gli atteggiamenti e le ideologie e richiede cambiamenti sociali, cosa che a livello politico diventa un problema di diritti umani. Per questo modello le disabilità diventano, in breve, una questione politica.»¹⁵

Lo Stato si fa garante della Salute dei cittadini attraverso una serie di misure legislative poiché c'è la consapevolezza che un ambiente sano e ben prevenuto è meglio di un ambiente malsano ove il solo obiettivo è quello di sconfiggere morbi, indisposizioni e alterazioni biologiche. Proprio per questo non è dunque un caso che circa settanta paesi dei cinque continenti hanno partecipato alla stesura della nuova classificazione.

Inoltre, si sostituisce la vecchia idea di investire economicamente nelle cure con la nuova impostazione di creare ambienti (naturali , strutturali e sociali) di prevenzione poiché la Salute comune è un trampolino di lancio per lo sviluppo economico. I paesi che investono solo nelle cure senza un minimo intento di creare un benessere ambientale e sociale (ossia senza guerre, persecuzioni, conflitti, ecc.) non produrrà nessuno risultato in termini di efficienza.

¹⁵ OMS. “ICF”. Erikson ed. Trento. p. 23.

This document was created with Win2PDF available at <http://www.win2pdf.com>.
The unregistered version of Win2PDF is for evaluation or non-commercial use only.