

Errepiesse

Rivista su una via italiana alla
riabilitazione psicosociale



Sommario



PRIMA PAGINA

- International Classification of Functioning (ICF) e salute mentale: una questione complessa ancora aperta
di Carlo Scovino, Martina Viola

LA VIA ITALIANA

- Un'esperienza fantastica
di Cristina Bellazzecca, Valentina Caggio

- Progetto Haiku – “Cura Poetica” in un Centro Diurno Psichiatrico e in una Scuola Primaria. Un'esperienza di recovery
di Paola Grifo, Franca Gusmini, Patrizio Sisto, Maria Grazia Furma

IL LAVORO E I SERVIZI

- ALFABETO TEATRO: Psicoterapia e teatro sociale™, per l'autonarrazione della persona con afasia
di Marcella Di Pietro, Lorena La Rocca, Crielesi Maristella, Stefano Monte, Mariateresa Molo

NORME REDAZIONALI
ARCHIVIO
SCARICA LA RIVISTA

DIRETTORE RESPONSABILE
Massimo Rabboni

COMITATO DI REDAZIONE
Consiglio Direttivo Società Italiana di Riabilitazione Psicosociale (S.I.R.P.)
Sezione della Società Italiana di Psichiatria

Presidente: D. Semisa
Presidente eletto: A. Bellomo
Presidente Onorario: L. Burti
Consiglieri Onorari: F. Pariente, M. Casacchia, G. Ba, F. De Marco, M. Rabboni, B. Carpinello, G. Saccotelli, R. Roncone. A. Vita, G. Corrivetti, J. Mannu, C. Viganò
Vice-Presidenti: R. Sabatelli, F. Catapano
Segretario Generale: P. Nigro
Tesoriere: L. Berti
Coordinatore delle Sezioni Regionali: S. Merlin
Consiglieri: L. Basso, S. Barlati, S. Borsani, P. Carozza, T. De Donatis, A. Francomano, M. Grignani, A. Mucci, D. Nicora, M. Papi, L. Pingani, M. Rigatelli, D. Sadun, G. Soro, E. Tragni Matacchieri, D. Ussorio, E. Visani
Delegato S.I.P.: R. Roncone
Revisori dei Conti: I. Boggian, M. Peserico, M. Rossi
Segretari Regionali
Abruzzo: M. Casacchia
Calabria: P. De Fazio
Campania: A. Mucci, G. Corrivetti
Emilia-Romagna: A. Parma
Lazio: P. Paolotti
Lombardia: L. Tarantola, S. Borghetti
Liguria: L. Valentini
Molise: S. Tartaglione
Puglia: P. Nigro
Toscana: F. Scarpa
Triveneto: D. Lamonaca
Sardegna: G. Soro
Sicilia: A. Francomano
Basilicata: G. Fagnano
Marche: U. Volpe

SEGRETARIA DI REDAZIONE
Cristina Bellazzecca

Casa Editrice Update International
Congress SRL - via dei Contarini 7 -
Milano - Registrazione Tribunale Milano
n.636 del 18/10/2007

Gli articoli firmati esprimono
esclusivamente le opinioni degli autori.

L'immagine in copertina, è stata realizzata all'interno del Centro Diurno, Psichiatria II, DSMD dell'ASST Papa Giovanni XXIII di Bergamo.

International Classification of Functioning (ICF) e salute mentale: una questione complessa ancora aperta

di Carlo Scovino, Martina Viola*

Abstract

Psychiatric functioning and disability have historically been considered separate and have been measured and approached differently than other health conditions.

This article provides a perspective of the current concepts and international advances in classification of psychiatric disability and explores the controversies and goals within the proposed systems. It stresses key studies on the impact of psychiatric disorders in the overall functioning of individuals.

Within ICF environmental and personal disabilities are clearly defined but in mental health, disability and functioning are part of two separate and theoretically classification: the diagnostic system and its consequences on functioning and activity.

Thus, a mental disorder may be determined by different level of disfunction.

Currently it still seems difficult to properly define the complexity of the assessment of disability and functioning. Functional disability presents significant implications in the holistic classification of mental disorders.

Keywords: disability, quality of life, classification, functioning.

INTRODUZIONE

Storicamente la disabilità psichiatrica è stata considerata separata dall'ampia definizione di disabilità. Un rapporto dell'OMS del 2005 mostra che il 31,7% di anni vissuti in una condizione di disabilità sono riconducibili a patologie psichiatriche quali depressioni unipolari e bipolari, abuso di alcool e schizofrenia. Esiste inoltre una specifica differenza nell'uso delle prestazioni/presidi/servizi e allocazione delle risorse economiche tra persone che presentano una disabilità fisica e/o cognitiva e quelle che presentano una patologia psichiatrica. La relazione tra la patologia psichiatrica e le sue dirette conseguenze rimane una questione aperta dal punto di vista nosologico. Già nel DSM-IV è presente la SOFAS (Social and Occupational Functioning Assessment Scale) a dimostrazione del fatto che il nuovo scenario disegnato dall'ICF ha stimolato una ricerca multidisciplinare e multiprofessionale i cui risultati, però, necessitano di ulteriori approfondimenti. Inoltre, all'interno della WPA [1] (World Psychiatric Association) esiste una task force (Institutional Program for Psychiatry for the Person) [2] che ha sviluppato un programma centrato sulla persona (Person-centred Integrative Diagnosis) e che continua a lavorare sulla (ri)definizione del ruolo della disabilità e del funzionamento sulla valutazione dei processi di cura/caring.

Il processo terapeutico-riabilitativo e (ri)socializzante, mio diretto campo d'azione, non è la sostituzione della disabilità con delle abilità, ma un insieme di strategie orientate ad incrementare, migliorare e costruire le opportunità di scambio, di uso di risorse, di impegno di affetti e di miglioramento della qualità della vita.

DESCRIZIONE DELL'ICF

L'Organizzazione Mondiale della Sanità [3] ha elaborato nel 2001 uno strumento di classificazione che analizza e descrive la disabilità come esperienza umana che tutti possono sperimentare. All'elaborazione di tale classificazione hanno partecipato 192 governi che compongono l'Assemblea Mondiale della Sanità, tra cui l'Italia, che ha offerto un significativo contributo tramite una rete collaborativa informale denominata Disability Italian Network (DIN), costituita da 25 centri dislocati sul territorio nazionale e coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli-Venezia Giulia. L'ICF [3] si delinea come una classificazione che vuole descrivere lo stato di salute delle persone in relazione ai loro ambiti esistenziali (sociale, familiare e lavorativo) al fine di cogliere le difficoltà che nel contesto socioculturale di riferimento possono causare disabilità. Tale strumento è ancora poco conosciuto e utilizzato in ambito educativo e riabilitativo ma sono del parere che esso rappresenti una fonte importante di analisi relativa al mondo della salute mentale. Il mio interesse relativo alla classificazione ICF è emerso nell'ultimo decennio allorché il Centro Psico Sociale di Zona 4 - Dipartimento di Salute Mentale e Dipendenze diretto dal Prof. Claudio Mencacci - afferente all'ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano ha iniziato a mettere a punto percorsi/attività/progetti che tenevano in considerazione i principi stabiliti dalla nuova classificazione. L'ICF può essere usato per tutti gli individui, qualsiasi sia il loro grado di integrità o menomazione e questo principio è in linea con la Convenzione ONU per i Diritti delle Persone con Disabilità [4] la quale afferma che *"le disabilità sono il risultato delle interazioni tra le persone colpite da menomazioni fisiche e/o psichiche, gli ostacoli posti dall'ambiente e i comportamenti degli altri che impediscono una effettiva e piena integrazione sociale sulla base di un principio di eguaglianza tra gli uomini"*. Il modello biopsicosociale a cui si rifà l'ICF [5] propone una concezione della salute universale ed egualitaria, individuando la disabilità come una situazione particolare che ognuno, in maniera diversa, può sperimentare durante la propria vita. La condizione di salute è la risultante dell'interazione tra aspetti biomedici e psicologici della persona (funzioni e strutture corporee), aspetti sociali (attività e tipo di partecipazione svolte nella quotidianità) e fattori di contesto (fattori ambientali e personali). La classificazione dell'OMS è concepita per consentire l'organizzazione che riguarda il funzionamento umano e le sue restrizioni e si sviluppa in due parti principali.

Parte 1: Funzionamento e disabilità

- Strutture e funzioni corporee,
- Attività e partecipazioni.

Parte 2 Fattori contestuali

- Fattori ambientali,
- Fattori personali.

L'approccio ICF propone di diffondere procedure riconosciute da tutti i professionisti e in base alle quali ogni percorso educativo-riabilitativo, ogni terapia farmacologica, ogni seduta di analisi devono avere l'obiettivo di ridurre gli ostacoli alla socialità e ai rapporti con se stessi. Ogni atto è terapeutico se finalizzato a "limitare le limitazioni".

UN PO' DI STORIA: ICD E ICIDH LE CLASSIFICAZIONI INTERNAZIONALI ELABORATE DALL'OMS

A partire dalla seconda metà del secolo scorso l'OMS [7] ha elaborato differenti strumenti di classificazione inerenti l'osservazione e l'analisi delle patologie organiche, psichiche e comportamentali delle popolazioni, al fine di migliorare la qualità della diagnosi di tali patologie. La prima classificazione elaborata dall'OMS risale al 1970 *Classificazione Internazionale delle malattie* (ICD) [6] e rispondeva all'esigenza di cogliere la causa delle patologie fornendo per ogni sindrome e disturbo una descrizione delle principali caratteristiche cliniche ed indicazioni diagnostiche. L'ICD si delineava quindi come una classificazione causale con un'attenzione all'aspetto eziologico della patologia. Le diagnosi delle malattie venivano tradotte in codici numerici che rendevano possibile la memorizzazione, la ricerca e l'analisi dei dati.

EZIOLOGIA --> PATOLOGIA --> MANIFESTAZIONE CLINICA

L'ICD rivelò ben presto vari limiti di applicazione e ciò indusse l'OMS ad elaborare un nuovo manuale di classificazione in grado di focalizzare l'attenzione non solo sulla causa delle patologie ma anche sulle loro conseguenze e nel 1980 venne redatta la *Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap* (ICIDH) [7]. Tale strumento è caratterizzato da tre componenti fondamentali attraverso le quali vengono analizzate e valutate le conseguenze delle malattie: la *menomazione*, come danno organico e/o funzionale; la *disabilità*, come perdita di capacità operative substrate nella persona a causa della menomazione; *svantaggio (handicap)*, come difficoltà che l'individuo incontra nell'ambiente circostante a causa della menomazione.

MALATTIA O DISTURBO --> MENOMAZIONI --> DISABILITA' --> HANDICAP

Uno dei principali difetti dell'ICIDH consisteva, però, nel fatto che non prendeva in considerazione il ruolo dell'ambiente fisico e sociale nella genesi dell'handicap e, di conseguenza, questa classificazione non poteva essere utilizzata per descrivere, e ancor meno per misurare, gli effetti di un ambiente inadatto alla vita delle persone. L'ICIDH 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 contribuiscono in modo significativo alla persistenza e alla pervasività delle patologie psichiatriche e in taluni casi rappresentano elementi importanti per la ricomparsa di alcuni sintomi. 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. Le critiche mosse all'ICIDH nascevano inoltre 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 ridurre le barriere culturali, ambientali, sociali, legislative, attitudinali, ecc. Il movimento degli utenti che anche in Italia reclama a gran voce un'attiva partecipazione e rappresentanza nei percorsi di cura è anche "figlio" di tutto quel dibattito scientifico, sociale e culturale che non sempre è stato sereno.

La presenza di limiti concettuali insiti nella classificazione ICIDH ha portato l'OMS ad elaborare un ulteriore strumento denominato la *Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute* (ICF, 2001).

ASPETTI INNOVATIVI DELLA CLASSIFICAZIONE ICF

Il primo aspetto innovativo della classificazione emerge chiaramente nel titolo della stessa. A differenza delle precedenti classificazioni (ICD e ICDH) [6] [7], dove veniva dato ampio spazio alla descrizione delle malattie dell'individuo, ricorrendo a termini quali menomazione ed handicap (usati prevalentemente in accezione negativa e con riferimento a situazioni di deficit) nell'ultima classificazione l'OMS fa riferimento a termini che analizzano la salute dell'individuo in chiave positiva (funzionamento e salute). L'analisi delle varie dimensioni esistenziali dell'individuo porta a evidenziare non solo come le persone possono convivere con la loro patologia ma anche cosa è possibile fare per migliorare la qualità della loro vita. Il concetto di disabilità introduce ulteriori elementi che evidenziano la valenza innovativa della classificazione: universalismo - approccio integrato -; modello multidimensionale del funzionamento e della disabilità. L'applicazione universale dell'ICF emerge nella misura in cui la disabilità non viene considerata un problema di un gruppo minoritario all'interno di una comunità ma un'esperienza che tutti, nell'arco della vita, possono sperimentare. Il concetto di disabilità preso in considerazione dall'OMS vuole evidenziare non i deficit e gli handicap che rendono precarie le condizioni di vita delle persone, ma vuole essere un concetto inserito in un continuum multidimensionale. Ognuno di noi può trovarsi in un contesto ambientale precario e ciò può causare disabilità. Ciò che importa è intervenire sul contesto sociale costruendo reti di servizi significativi che riducano la disabilità e possano promuovere una migliore qualità di vita. L'ICF rappresenta quindi il modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati proponendosi come una classificazione delle "componenti della salute", non solo quindi una classificazione delle "conseguenze delle malattie", assumendo una posizione neutrale rispetto all'eziologia e permettendo ai ricercatori e ai clinici di fare inferenze causali utilizzando i metodi scientifici più appropriati. L'inclusione dell'ambiente nella definizione dello stato di salute è di primaria importanza: la salute mentale di un individuo colpisce direttamente il suo contesto di vita implicando dei cambiamenti nelle sue abitudini, nel suo lavoro, nelle sue relazioni, ecc. [8] Il concetto di funzionamento, così come è definito nell'ICF, esce dalla vecchia concezione di "abilità residua" per promuovere invece una visione positiva: esso è un termine ombrello utilizzato per indicare gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo e i fattori contestuali di quell'individuo, che possono essere fattori ambientali o personali. L'uso del termine disabilità non rappresenta unicamente una modificazione semantica, ma implica l'uscita dal modello lineare adottato dall'ICIDH-80 in cui si faceva riferimento al ruolo dell'ambiente ma solo come contenitore di attese e richieste.

L'ICF [3] è anche uno strumento per la comunicazione ed ha raccolto l'attenzione e la partecipazione di un pubblico estremamente eterogeneo, proveniente dal mondo della scuola, del lavoro, della riabilitazione socio-sanitaria, nonché delle associazioni degli utenti, dei familiari e del volontariato, dimostrando come questo nuovo strumento possa diventare una sorta di linguaggio comune per affrontare i problemi della salute e della disabilità in maniera multidisciplinare, in un'ottica di miglioramento della qualità della vita delle persone. In ambito psichiatrico sappiamo bene come la cattiva informazione e la disinformazione possano aumentare lo stigma e il pregiudizio che ancora grava sulla patologia psichiatrica *tout court* ma soprattutto su coloro che ne soffrono esponendoli a seri rischi di esclusione e marginalizzazione. Dunque, un sistema di "misura" della disabilità non più legato alla sommatoria di ciò che manca a una persona ma a un'accurata valutazione del funzionamento e dell'ambiente. Un metodo che impone di prendere in considerazione non solo la patologia, ma l'intera persona con i suoi problemi e le sue capacità e l'ambiente in cui vive. Tutto ciò favorisce una visione ampia della salute e contribuisce a fornire maggiori informazioni rispetto a domini non sempre presi in considerazione dai diversi professionisti. L'ICF quindi sposta il fuoco del problema sulla vita e su

come le persone vivono rispetto al proprio contesto fisico, psicologico, storico, culturale e su come tali condizioni possano essere migliorate o ostacolate dalla possibilità concreta di poter raggiungere una vita soddisfacente a livello sociale e produttivo.

Chi sono le persone che soffrono di una patologia psichiatrica? Affrontando alla radice il tema della disabilità, nella sua accezione generale, si aprono significative domande sull'essere umano e su cosa significhi essere/sentirsi "normale". Credo che risulti piuttosto difficile definire quali siano le caratteristiche dell'essere "normali" soprattutto quando risulta evidente che non si può fare riferimento alle consuetudini o ai costumi di una specifica cultura per elaborare un criterio di valutazione comunemente accettabile che faccia riferimento alla stessa natura dell'uomo. Anche il concetto stesso di "disabile" come malato non è corretto: vi sono persone disabili che si trovano in una determinata condizione non a seguito di una patologia, ma per cause accidentali (incidenti sul lavoro, incidenti d'auto, traumi subiti al momento della nascita, guerre, gravi lutti, ecc.) all'opposto, e in modo paradossale, accade che non si consideri la persona malata come persona disabile, a seguito del contenuto negativo che si attribuisce alla questa parola. In questo modo una persona cardiopatica, asmatica, depressa o obesa difficilmente viene considerata disabile, anche se presenta delle evidenti difficoltà, cioè delle non abilità.

La verità è che l'applicazione dell'ICF relativamente all'ambito psichiatrico è ancora in buona parte da implementare. In Italia si iniziano a vedere le prime ricerche/studi che necessitano di ulteriori approfondimenti.

* Co – Responsabile Attività di Riabilitazione - Unità Operativa di Psichiatria n. 55 - DSMD – ASST Fatebenefratelli-Sacco di Milano – Professore a contratto Università degli Studi di Milano – CdL in Educazione Professionale.

** Junior assistant in formazione.

BIBLIOGRAFIA

[1] www.wpanet.org

[2] J. E. MEZZICH, *Institutional consolidation and global impact: towards a psychiatry for the person*, World Psychiatry, 2006.

[3] OMS, *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF)*, Erickson, Trento, 2001.

[4] MOLINARI E., TAVERNA A., *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, La riabilitazione psicologica nel disturbo mentale*. Centro Scientifico Torinese, Torino, 2000.

[5] LEONARDI M., "Salute, Disabilità, ICF e Politiche Sociosanitarie». In *Sociologia e Politiche Sociali*", Vol. 8 – 3, Erickson, Trento, 2005.

[6] JANCA A., AHERN K. & ROCK D., *Introducing ICD-10 into psychiatric coding practice: a WA experience*, Journal Public Health -25 , 2001.

[7] OMS, *Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap (ICIDH)*, Cles, 1980.

[8] MORAZZONI L., MARANGELLI G., *Qualità della vita e rete sociale naturali, prospettive speciali sanitarie*, 2003.