

**Convegno per lo sviluppo di un linguaggio comune sulla salute e la disabilità nella Comunità di Alpe Adria, Trieste 31 marzo 2004**

**Intervento del rappresentante dell'OMS**

**Classificazione internazionale delle funzioni, disabilità e salute (ICF) -  
Contesto, valore aggiunto, applicazione**

Nenad Kostanjsek  
Dipartimento di valutazione e sistemi informativi sanitari  
Organizzazione mondiale della sanità}

**Diapositiva 1 (Copertina)**

Signore e signori, è per me un enorme piacere poter prendere la parola a questo convegno per lo sviluppo di un linguaggio comune sulla salute e la disabilità nella Comunità di Alpe Adria. E' positivo ed incoraggiante constatare la presenza a questo incontro di un numero così cospicuo di illustri esperti, a dimostrazione dell'interesse che l'ICF riscontra.

Il mio intervento verterà sul contesto dell'ICF e sul valore aggiunto del modello ICF. Mi soffermerò anche sulla struttura dell'ICF, evidenziando alcuni degli aspetti più importanti del processo di applicazione di questo modello.

**Diapositiva 2 (La necessità di avere dati sulla disabilità)**

Cominciamo dal contesto in cui si colloca l'ICF. Perché riscontriamo la necessità di avere informazioni sullo stato di disabilità/funzionalità?

Tale necessità è dettata dalla portata del problema. 500 milioni di vite sane vanno perse ogni anno nel mondo a causa della disabilità. Questa cifra comprende il 50% degli anni persi ogni anno per decesso prematuro.

Anche le informazioni sullo stato funzionale sono necessarie per colmare il vuoto informativo esistente nel settore sanitario e sociale. Nel settore sanitario non si devono prendere in considerazione soltanto i dati relativi alla mortalità e morbilità, ma anche quelli relativi alla funzione se si vuole riuscire a prevedere quali servizi sono necessari, quali schemi d'utilizzo applicare, quali saranno i risultati in termini di salute, e determinare la convenienza economica degli interventi. Nel settore sociale le informazioni sulla disabilità sono necessarie per capire, ad esempio, quanta produttività va persa a causa della disabilità, per stabilire se le politiche di reinserimento lavorativo funzionano, e per conoscere gli effetti della legge sulla non

discriminazione.

### **Diapositiva 3 (Diagnosi)**

La letteratura scientifica indica che il “modello patologico” o la diagnosi non sono sufficienti per poter prevedere quali servizi sono necessari, quanto durerà il ricovero ospedaliero, quale sarà il livello di assistenza richiesto e tanto meno quale sarà l’esito finale. E’ risaputo, inoltre, che la condizione medica non costituisce un indicatore preciso del ricevimento di sussidi da parte dei disabili, o del potenziale di reinserimento lavorativo, della performance lavorativa, o delle probabilità di reinserimento nel tessuto sociale.

Pertanto, la semplice classificazione delle diagnosi non basta per ottenere le informazioni che sono necessarie ai fini gestionali e di programmazione.

### **Diapositiva 4 (Diagnosi e disabilità)**

Tuttavia, tenendo conto dei dati sulla diagnosi e la disabilità si riescono a prevedere quali servizi sono necessari, quanto durerà il ricovero ospedaliero, quale sarà il miglioramento funzionale in seguito al ricovero, quale sarà il potenziale di reinserimento lavorativo, quale sarà la performance lavorativa e quali saranno le probabilità di reinserimento nel tessuto sociale.

Fino a non molto tempo fa, a livello di sanità pubblica lo stato di salute in generale veniva definito in base esclusivamente agli indici di mortalità. In altre parole, si teneva conto soltanto degli indici di mortalità neonatale e in età pediatrica, e delle cause di decesso. La salute, però, riguarda anche il funzionamento umano, la capacità degli individui di vivere a pieno potenziale la propria vita in quanto individui e membri di una società.

Non si può sostenere che lo stato di salute in generale è migliorato semplicemente verificando se la percentuale di soggetti con depressione, diabete o HIV è in via di diminuzione. Occorre sapere anche che cosa accade nella vita di tale persone. Che tipo di vita conduce il soggetto con depressione, diabete, HIV o da qualsiasi altra condizione di salute? E inoltre: il sistema sanitario soddisfa le necessità dei soggetti con depressione, diabete o HIV? Occorre anche verificare la convenienza economica degli interventi, a prescindere dal loro target. Un determinato sistema sanitario potrebbe ritenere più opportuno in termini economici costruire delle rampe o acquistare delle sedie a rotelle per i propri disabili, mentre per un altro sistema sanitario è più opportuno invece investire in maniera cospicua nella riabilitazione individuale. E’ certo, però, che se entrambi tali sistemi sanitari adottassero l’ICF come contesto di riferimento comune per definire un

provvedimento comune, allora questi due tipi di intervento potrebbero essere messi a confronto in termini della loro efficacia.

### **Diapositiva 5 (Orientamenti per il futuro)**

Le tendenze future della sanità pubblica indicano che la richiesta di informazioni sulla funzione aumenterà e questo perché si sta passando

- DAL concetto di disabilità tradizionali AL concetto di disabilità emergenti (HIV/AIDS, obesità, vecchiaia)
- DAL concetto di corpo O individuo O intervento sociale AL concetto di corpo E individuo E intervento sociale
- DAL concetto di LIVELLI di indicatori di salute e che i sussidi RETROATTIVI richiedono dati di buona qualità AL concetto di TENDENZE degli indicatori di salute e che i sussidi PREVENTIVI richiedono dati di qualità ancora migliore
- DA una situazione iniziale di monitoraggio, valutazione ed e-salute AD una situazione in cui il monitoraggio, la valutazione e la e-salute sono giunti ai massimi livelli
- DAL concetto di nazionale & qualche intervento locale AL concetto di nazionale & maggiori interventi locali

### **Diapositiva 6 (Quali cambiamenti possono apportare le classificazioni?)**

In quanto modello di classificazione, l'ICF può generare vari benefici sostanziali:

- La sua tassonomia/gerarchia permette l'aggregazione dei dati
- Serie diverse di dati possono essere integrate tra loro, garantendo l'uniformità e la comparabilità dei dati
- Utilizza un linguaggio interculturale che permette la comunicazione tra paesi e settori diversi
- Il modello è stato approvato quale standard internazionale di descrizione e valutazione dello stato di salute e disabilità.

### **Diapositiva 7 (Quale aiuto può dare l'ICF?)**

Uno dei maggiori pregi dell'ICF è la sua grande capacità di visione, nel senso che permette di avere una maggiore comprensione della salute e della disabilità. Nella prossima diapositiva vengono evidenziate alcune delle principali caratteristiche del modello ICF.

### **Diapositiva 8 (Il modello ICF: Multidimensionale)**

L'ICF concepisce la disabilità come un'esperienza multidimensionale. Quando si parla di disabilità, si fa riferimento a:

- Informazioni sul funzionamento delle principali parti ed organi del corpo -  
MENOMAZIONE
- Informazioni sulla capacità dell'individuo di compiere azioni basilari o complesse -  
ATTIVITA'
- Informazioni sul livello di esecuzione di azioni basilari o complesse -  
PARTECIPAZIONE
- Informazioni sull'impatto dell'AMBIENTE dell'individuo

### **Diapositiva 9 (Il modello ICF: Multidimensionale - cont.)**

L'adozione di questo approccio di tipo solistico ci permette non solo di capire nella sua totalità il problema della funzione a livello di corpo, individuo e società, ma anche di capire in che modo i fattori ambientali influiscono sulla funzione dell'individuo. Inoltre, ci permette di individuare e mettere a confronto diversi tipi di interventi, evidenziandone gli elementi centrali.

### **Diapositiva 10 (Il modello ICF: Modello universale, non di minoranza - Disabile?)**

Modello universale o di minoranza? Questo problema nasce dalla seguente domanda: chi è il disabile?

Se si risponde a questa domanda secondo il concetto base dell'ICF, allora occorre necessariamente tenere conto dei problemi funzionali, quelli che vengono "tradizionalmente" definiti come disabilità.

Il contesto ICF permette però di tener conto anche di altri problemi funzionali come, ad esempio, la perdita di memoria nella forma rappresentata in questa immagine. Sono problemi funzionali che spesso vengono trascurati quando si definiscono le disabilità per categorie.

### **Diapositiva 11 (Il modello ICF: Modello universale, non di minoranza - Disabile? - cont.)**

Il contesto ICF permette inoltre di cogliere quelle situazioni dove l'individuo sta vivendo una forma di disabilità in un determinato campo funzionale mentre in altri campi lo stesso individuo è funzionalmente uguale o addirittura superiore alla norma.

### **Diapositiva 12 (Il modello ICF: Modello universale, non di minoranza)**

Pertanto, dire che l'ICF si basa su un modello universale significa dire che la disabilità è intesa come:

- un'esperienza che chiunque può avere nel corso della propria vita e NON il marchio di

appartenenza ad un gruppo di minoranza

- un qualcosa che fa parte di un continuum con la salute e non una categoria
- un'esperienza che è multidimensionale e NON unidimensionale

### **Diapositiva 13 (Il modello ICF: Contesto inclusivo, non individuale)**

L'ICF intende la disabilità come un problema che non è proprio ed esclusivo dell'individuo, ma come un'esperienza relativa ad uno stato di salute e che avviene all'interno di un contesto.

Sebbene l'importanza dell'ICF sia stata riconosciuta nell'ICIDH, essa non è mai stata tradotta in termini operativi. Per la prima volta, l'ICF comprende una classificazione dei fattori ambientali.

### **Diapositiva 14 (Il modello ICF: Modello integrativo, non modello medico o sociale)**

I vari modelli che sono stati proposti per spiegare e classificare la disabilità possono essere divisi in termini dialettici tra “modelli medici” e “modelli sociali”.

Secondo il modello medico, il fenomeno invalidante viene inteso come un problema “personale”, provocato direttamente da una malattia, un trauma o determinate condizioni di salute, e per il quale è necessaria assistenza medica sotto forma di trattamento individuale da parte di professionisti. La condizione invalidante viene gestita allo scopo di migliorare la capacità di adattamento dell'individuo e di attivare un cambiamento nel suo comportamento. L'assistenza sanitaria costituisce il problema principale ed a livello politico, è la politica di assistenza sanitaria che deve essere modificata.

Secondo il modello sociale, invece, il problema è prevalentemente di tipo “sociale”, nel senso di inserimento sociale di individui con disabilità. La condizione invalidante non è un attributo proprio dell'individuo, quanto piuttosto una raccolta complessa di condizioni, molte delle quali vengono generate dall'ambiente sociale. Perciò, la gestione del problema richiede una certa azione di tipo sociale e diventa responsabilità collettiva della società operare i necessari cambiamenti affinché le persone disabili possano partecipare appieno a tutti i vari aspetti della vita sociale. Il problema, quindi, è di carattere attitudinale o ideologico e richiede un cambiamento di tipo sociale; a livello politico, invece, è un problema di diritti umani.

Sebbene i due approcci estremi dei modelli medico e sociale presentino un'opposizione tesi-antitesi, essi possono comunque essere visti come sinteticamente in armonia, specialmente se si tenta di capire come le varie dimensioni della condizione invalidante possono essere integrate in un modello “bio-psico-sociale”. In questo tipo di modello la funzione umana e la condizione invalidante sono intese come i risultati di un'interazione tra la condizione fisica o mentale dell'individuo e

l'ambiente fisico e sociale. L'ICF vuole appunto essere un tentativo di sintesi dei due modelli: quello medico e quello sociale.

### **Diapositiva 15 (Il modello ICF: Interattivo, non progressivo lineare)**

L'ICF presuppone un'interazione dei concetti al fine di individuare quelle situazioni in cui l'individuo

- presenta menomazioni senza però alcuna limitazione delle proprie capacità (es. la deformazione provocata dalla lebbra può influire sulle capacità dell'individuo);
- presenta problemi di performance e limitazioni delle capacità ma non presenta alcuna menomazione evidente (es. ridotta performance nell'attività quotidiana associata a varie patologie);
- presenta problemi di performance ma non presenta menomazioni o limitazioni delle capacità (es. soggetto con HIV, oppure ex paziente guarito da malattia mentale);
- presenta limitazioni delle capacità senza bisogno di assistenza e non presenta alcun problema di performance nell'ambiente corrente (es. la società può fornire sussidi tecnologici ad un soggetto con limitazioni di motilità);
- sta subendo un processo inverso di sviluppo (es. il mancato utilizzo degli arti può provocare atrofia muscolare; l'affidamento in istituto può condurre alla perdita delle competenze sociali).

### **Diapositiva 16 (Flusso unidirezionale dei concetti)**

Uno dei difetti dell'ICIDH-1980 era la causalità unidirezionale tra salute e menomazioni, disabilità e handicap. La logica era la seguente:

La menomazione è provocata da una condizione di salute. La menomazione genera la disabilità o handicap. La disabilità produce un handicap.

MA QUESTO SCHEMA presenta delle lacune:

- non fornisce informazioni adeguate sul rapporto tra questi concetti
- le frecce che collegano patologia o disturbo, menomazione, disabilità e handicap a volte sono state intese come "modello causale" ed indicanti un cambiamento nel tempo
- questa rappresentazione non prevede il passaggio a ritroso da handicap e disabilità a menomazione e per questo implica un flusso unidirezionale da menomazione a disabilità, a handicap
- non riflette adeguatamente il ruolo dell'ambiente fisico e sociale nel processo invalidante
- sebbene il testo originale specifichi che la situazione è molto più complessa di una

semplice progressione lineare, questa affermazione deve essere resa in maniera molto più chiari - si deve capire chiaramente che le frecce nella rappresentazione grafica hanno il significato di “può condurre a”.

### **Diapositiva 17 (Il modello ICF: Neutrale in termini eziologici e non determinato dalla causalità)**

Poiché l'ICF è basato su un contesto che è eziologicamente neutrale, il modello ci permette di porre tutte le condizioni di salute sullo stesso piano e di confrontare tra loro i problemi di funzione che ne derivano.

### **Diapositiva 18 (Il modello ICF: Complementare all'ICD)**

L'ICF è una parte della famiglia di classificazioni internazionali dell'OMS. L'ICF e l'ICD costituiscono i due blocchi principali della famiglia di classificazioni internazionali. L'ICD, che classifica le condizioni di salute, è stata ideata oltre 150 anni fa ed è il componente più vecchio e noto della famiglia.

La International Classification of Diseases (Classificazione internazionale delle malattie) è stata ideata allo scopo di classificare le condizioni di salute: malattie, disturbi e lesioni. Il punto di partenza dell'ICD è stato l'elenco internazionale delle “cause di decesso” e pertanto, ha un orientamento di tipo medico. L'utente dell'ICD designa codici singoli o multipli.

L'ICF ha un approccio diverso: classifica i problemi di funzione umana associati alle condizioni di salute e fornisce un contesto per esaminare quanto avviene a livello del corpo come conseguenza della condizione di salute, e quanto avviene a livello delle attività dell'individuo e della sua funzione nel tessuto sociale.

L'ICD e l'ICF sono quindi complementari e, laddove possibile, invitiamo gli utenti ad utilizzare assieme questi due membri della famiglia di classificazioni internazionali. Questo ci permetterà di ottenere un quadro più completo e significativo dello stato di salute della popolazione.

Oltre all'ICD ed all'ICF, un'altra principale classificazione di riferimento è la Associated products and Adaptations (Adattamenti e prodotti associati). Per quanto concerne l'ICF, stiamo elaborando una versione specifica per la popolazione pediatrica ed adolescenziale, e stiamo anche valutando la possibilità di elaborare una versione specifica dell'ICF per l'Assistenza primaria.

### **Diapositiva 19 (ICF - elaborazione ed applicabilità interculturale)**

Ciò che vedete nel Red Book è il risultato di ampie e rigorose prove sul campo eseguite a livello internazionale, grazie alle quali siamo riusciti a determinarne l'applicabilità interculturale.

### **Diapositiva 20 (Il modello ICF: Approvato dalla Assemblea mondiale della sanità)**

L'ICF è stata approvata dall'Assemblea mondiale della sanità (WHA) in maggio 2001 quale contesto internazionale per la descrizione e la valutazione della salute e della disabilità. Mentre il suo predecessore ICIDH era stato approvato soltanto ai fini della FT, la WHA ha approvato l'utilizzo dell'ICF negli Stati Membri. L'applicazione dell'ICF assume in tal modo maggiore potere vincolante.

### **Diapositiva 21 (Il contesto OMS)**

E' nostra opinione che l'attuale contesto ICF rispecchi lo stato dell'arte del pensiero sulla disabilità e che in molti modi rappresenti un cambiamento in termini paradigmatici rispetto al modo di intendere la disabilità, grazie alle sue caratteristiche specifiche.

### **Diapositiva 22 (Struttura dell'ICF)**

L'ICF classifica gli stati di salute e quelli relativi alla salute in due sezioni. Nella 1° Parte vengono classificate funzioni e disabilità. La 2° Parte contiene i fattori contestuali ambientali e personali. Nella 1° Parte funzioni e disabilità vengono descritte dal punto di vista del corpo, dell'individuo e della società, prendendo in considerazione due componenti: (1) funzioni e strutture corporee e (2) attività e partecipazione. Poiché la funzione e la disabilità dell'individuo si esplicitano all'interno di un contesto, l'ICF comprende anche un elenco di fattori ambientali.

### **Diapositiva 23 (Lista di controllo per l'ICF)**

Al fine di facilitare l'applicazione dell'ICF in contesti clinici e nei progetti di ricerca, l'OMS ha elaborato una lista di controllo per l'ICF.

Tale lista fornisce vari servizi all'utente:

- grazie alla presentazione di facile consultazione delle categorie principali dell'ICF, l'utente può individuare e qualificare il profilo funzionale del soggetto in maniera semplice e veloce;
- poiché la lista di controllo contiene dati diagnostici, l'utente può studiare il rapporto tra una data condizione di salute ed i problemi funzionali associati a tale condizione;
- grazie all'elencazione di codici ambientali ed alla possibilità di registrare informazioni



relative a fattori personali, l'utente può documentare e capire l'impatto che il fattore contestuale ha sulla funzione dell'individuo;

- la lista di controllo è provvista di una serie di linee guida d'uso che permettono all'utente di capire come valutare le capacità ed i livelli di performance dell'individuo per ognuno dei campi che compongono i capitoli Attività e Partecipazione.

### **Diapositiva 24 (OMS DAS)**

Ai fini della valutazione, l'OMS ha elaborato uno strumento di valutazione su base ICF, noto come il WHO Disability Assessment Schedule (Programma di valutazione della disabilità), che permette in forma riassuntiva di:

- misurare il livello di gravità
- verificare l'impatto dei programmi
- determinare la percentuale di individui o gruppi rispetto alla popolazione in generale
- confrontare gruppi in base alla disabilità}

### **Diapositiva 25 (Serie di base ICF)**

Riuscire a creare un profilo funzionale sulla base di 1495 campi in un contesto clinico non è fattibile. A causa delle limitazioni economiche e temporali che caratterizzano molti contesti clinici, anche l'applicazione della lista di controllo ICF, con i suoi 152 campi, può rivelarsi un compito assai arduo. Per questo motivo l'OMS, in collaborazione con la Clinica di medicina riabilitativa dell'Università di Monaco, sta elaborando due serie di base ICF: una per condizioni specifiche e l'altra di natura più generica.

Come potete vedere dalla diapositiva, la serie di base generica è inglobata in quella per condizioni specifiche in modo da garantirne la comparabilità pur mantenendone la diversificazione ai fini della specificità.

### **Diapositiva 26 (Aree di applicazione dell'ICF)**

L'applicazione dell'ICF è iniziata nel 2001 quando la 54a Assemblea mondiale della salute approvò all'unanimità questo modello di classificazione quale contesto per la descrizione e la valutazione della salute e della disabilità. Da allora l'ICF è stata applicata in vari contesti a livello sia nazionale che internazionale.

A livello di popolazione, l'ICF viene utilizzata per redigere relazioni di portata nazionale ed internazionale sulla salute e disabilità. Vari studi nazionali ed internazionali sulla salute e la

disabilità sono stati condotti utilizzando il modello ICF. A livello di OMS, il contesto ICF è stato utilizzato per condurre il Multi-Country Survey Study (Studio multinazionale) nel 2000/2001 ed il World Health Survey Program (Programma di studio sulla sanità mondiale) nel 2002/2003, allo scopo di stabilire lo stato di salute della popolazione in 71 paesi. Sulla base dei dati raccolti, l'OMS ed alcuni Paesi Membri selezionati stanno definendo vari gruppi di popolazioni per campi ICF specifici, allo scopo anche di determinare i tassi di prevalenza per disabilità. A livello regionale, UNSD, UNESCWA e UNESCAP in collaborazione con l'OMS hanno avviato una serie di workshop per i paesi dell'Africa, del Medio Oriente e dell'Asia, al fine di migliorare le statistiche sulla disabilità utilizzando il contesto ICF. A livello nazionale, vengono attualmente utilizzati in vari paesi tra cui l'Australia, l'Irlanda, il Messico, lo Zimbabwe ed il Malawi, i questionari e gruppi di dati derivati dall'applicazione del modello ICF.

Vari paesi hanno già avviato il processo di inserimento dell'ICF nelle proprie legislazioni e standard informativi sulla salute e la disabilità. In Australia, Canada, Italia, India, Giappone e Messico si stanno sviluppando ed applicando indicatori e sistemi di reporting basati sul modello ICF in settori quali la riabilitazione, l'assistenza domiciliare, l'assistenza agli anziani e la disabilità.

Nei contesti clinici, l'ICF viene utilizzata per valutare lo stato funzionale, stabilire gli obiettivi, programmare e verificare le terapie, e valutare i risultati raggiunti. Alcuni dei paesi dove l'ICF viene già utilizzata in contesti clinici sono Australia, Italia, Olanda, ecc. A livello internazionale, l'OMS sta esaminando la possibilità di utilizzare l'ICF per valutare i risultati relativi alla salute e per inserire programmi di gestione della disabilità nei vari programmi riguardanti malattie croniche ed infettive.

L'ICF viene inoltre impiegata in altri settori come quello delle politiche sociali (es. Politica sulle disabilità, legge contro la discriminazione, valutazione della disabilità), quello della ricerca (es. Ricerca sull'impatto, l'intervento e l'applicazione), quello dell'istruzione e quello della terminologia.

L'ICF è stato tradotto in 22 lingue e l'opera di traduzione in altre 7 lingue è attualmente in corso.

### **Diapositiva 27 (Carenza sul mercato)**

L'ICF NON è una soluzione in cerca di un problema. L'ICF è una soluzione per un problema che esiste. Tale problema consiste nella "carenza sul mercato" di informazioni relative alla funzione e si tratta di un problema reale, ben documentato, urgente e che è destinato a aumentare nel tempo. La

causa principale di questa “carezza sul mercato” è la mancanza di un linguaggio comune, come viene rappresentato dalla Torre di Babele che vedete in questa immagine.

### **Diapositiva 28 (Dati Standard)**

Uno dei maggiori pregi dell'ICF è proprio quello di fornire un linguaggio comune che ci permetterà di studiare a vari livelli fonti diverse di dati sulla salute e la disabilità e di integrarli in un unico sistema informativo coerente e comune. In tal modo sarà possibile capire il rapporto tra la salute e la disabilità da un lato e l'impatto di queste sulle politiche dall'altro.

### **Diapositiva 29 (Il problema della comparabilità)**

L'importanza e l'urgenza di avere un linguaggio comune diventano palesi se si esamina il livello di “carezza sul mercato” di statistiche sulla disabilità rispetto alle statistiche sulla mortalità e la salute. Analizzando i dati derivati da studi sulla disabilità si evince che in termini quantitativi i dati sulla disabilità sono 40-300 volte inferiori rispetto a quelli sulla mortalità (3 volte) ed a quelli derivati da studi sulla salute (6-8 volte).

### **Diapositiva 30 (Le conseguenze del mancato utilizzo di un linguaggio comune)**

La principale conseguenza di un mancato utilizzo di un linguaggio comune è la perdita della comparabilità dei dati.

### **Diapositiva 31 (Le conseguenze del mancato utilizzo di un linguaggio comune - cont.)**

Un'altra conseguenza è la mancanza di informazioni relative all'individuazione di quei soggetti disabili che maggiormente necessitano di assistenza, la mancanza di informazioni su quale tipo di funzione è ritenuta più importante dalla maggioranza dei soggetti, e la mancanza di informazioni su strategie efficaci d'intervento in termini di assistenza, terapia, riabilitazione, prevenzione. Senza un linguaggio comune, anche le politiche stesse di verifica e valutazione (es. pari opportunità) diventano poco efficaci e gli sforzi vengono duplicati.

### **Diapositiva 32 (Orientamento inclusivo e copertura totale dei campi)**

L'ICF ha dato prova di essere uno strumento utile per migliorare la comparabilità tra popolazioni diverse, grazie all'uso di un linguaggio comune. Inoltre, ha dimostrato di possedere diversi altri valori aggiunti. Permette di adottare un orientamento di tipo inclusivo e di coprire la totalità dei campi attraverso la raccolta di

- Informazioni sulla funzione di parti ed organi principali del corpo - MENOMAZIONE
- Informazioni sulla capacità dell'individuo di compiere azioni basilari o complesse -

## ATTIVITA'

- Informazioni sul livello di performance di azioni basilari o complesse da parte dell'individuo - PARTECIPAZIONE
- Informazioni sull'impatto dell'AMBIENTE dell'individuo

### **Diapositiva 33 (Il continuum salute-disabilità)**

Oltre a definire la disabilità come esperienza multidimensionale ed universale, l'ICF colloca la disabilità in una posizione di soglia lungo un continuum con la salute.

### **Diapositiva 34 (Il collegamento tra salute e disabilità)**

Definendo la disabilità come una diminuzione della salute, l'ICF crea un collegamento tra le statistiche sulla salute e quelle sulla disabilità. I campi dell'ICF possono essere utilizzati per gli studi sulla salute e la disabilità.

### **Diapositiva 35 (Definizione a posteriori)**

Definendo la disabilità come esperienza multidimensionale ed universale che si colloca lungo un continuum con la salute, l'ICF attribuisce alla disabilità una definizione a posteriori.

L'utilizzo di una definizione a posteriori presenta una serie di vantaggi fondamentali:

- non serve avere una definizione specifica per determinare chi è disabile e chi no
- la soglia di definizione della difficoltà può essere fissata esplicitamente (nel momento di analisi)
- la valutazione può essere personalizzata per meglio rispondere allo scopo

### **Diapositiva 36 (Definizione a posteriori)**

Attualmente, nella maggior parte dei paesi i dati sulle menomazioni vengono raccolti sulla base di situazioni diagnostiche specifiche e ben note (es. cecità, sordità, paralisi, movimento, coordinazione, e forza del corpo). I tassi di prevalenza delle disabilità ottenuti con questo approccio basato sulla menomazione sono solitamente molto bassi e spesso anche oggetto di critiche in quanto non rispecchiano la portata del fenomeno di disabilità tra la popolazione. Optando per il modello ICF, il quale si basa non su categorie di "disabilità" definite a priori ma su una serie di funzioni umane e su comprovate situazioni soglia di difficoltà di funzionamento, si ottiene un diverso tipo di universalità: ogni individuo (e non semplicemente un membro di un gruppo di minoranza diagnosticamente specifico) ha in questo momento o potrebbe avere in futuro una funzione ridotta.

**Diapositiva 37 (Ulteriori informazioni)**

Signore e signori, concludo qui il mio intervento e ringrazio per la cortese attenzione. Spero che il mio intervento sia servito a chiarire meglio il contesto, il valore aggiunto e l'applicazione dell'ICF. Potete trovare ulteriori informazioni a questo riguardo nel nostro sito web oppure contattarci direttamente via posta elettronica. Sarò lieto di rispondere alle vostre domande. Grazie.