

## La classificazione internazionale del funzionamento (ICF) e le dipendenze: verso un inquadramento “dinamico”

Luciano Pasqualotto\*, Cecilia Bernardi\*\*, Alessio Cazzin\*\*, Mauro Cibir\*\*, Emanuele Perrelli\*\*, Susanna Pisanu\*\*

### SUMMARY

■ *Among professionals involved in the care of addictions is emerging the strong need to develop interventions aimed at activation of personal and social skills as well as prevention of disabilities related to addiction. The approaches based only on medical care seem to be insufficient: it is appropriate to adopt a broader perspective about the addiction disorders, which is able to consider the person in the totality of his condition of life and health, and in synchronous way pursues the cure of addiction and the psycho-social rehabilitation. An important aspect of this process is the definition of tools that allow an objective assessment of skills and the definition of personalized programs.*

*The ICF allows to describe the condition of each individual through a series of domains, that include all aspects of life, from those biological to psychological and social factors.*

*In the Department of Addiction of Local Health Agency 13 is in progress a research that involves the application of a core set of codes of the ICF called Activities and Participation in a group of patients, through which it defines a “functioning profile” built on the interaction between the performance of the subject and the environmental factors. This profile provides support in the definition of individualized rehabilitation paths and of improvement targets, with the involvement of patient. ■*

**Keywords:** *Functioning, social inclusion, rehabilitation, evaluation, assessment, personalized programs, addiction.*

**Parole chiave:** *Funzionamento, inclusione sociale, riabilitazione, valutazione, programmi personalizzati, dipendenze.*

Tra coloro che si occupano di cura delle Dipendenze emerge con sempre maggior forza la necessità di sviluppare interventi miranti all’attivazione di abilità personali e sociali nonché alla prevenzione delle patologie fisiche e psichiche correlate alla Dipendenza stessa, che non di rado assumono le caratteristiche di vere e proprie disabilità.

L’intervento sanitario infatti presenta in questo campo buoni livelli di efficacia in termini di prevenzione degli eventi acuti (overdose, infezioni da siringa, disturbi psichiatrici...), di controllo della ricaduta, di riduzione della mortalità correlata.

A fronte di tali dati positivi si assiste tuttavia alla crescita del numero di persone con Dipendenza che non sviluppano o perdono le abilità personali e sociali necessarie per una vita dignitosa e che necessitano di costanti interventi di supporto su aspetti di base quali il lavoro, l’alloggio, le relazioni.

Questa situazione è particolarmente visibile nei pazienti in cura per Dipendenza da Eroina per un tempo superiore ai cinque anni: si tratta spesso di soggetti in trattamento con agonisti degli

oppioidi e che presentano nella loro storia lunghi e ripetuti soggiorni in comunità terapeutica.

Difficile dire quanto questa situazione sia legata all’invecchiamento, quanto alla situazione di base e quanto sia “iatrogena”: sta di fatto che accanto a percorsi di assistenza per le situazioni di reale “cronicità” e disabilità è necessario strutturare interventi tendenti a prevenire il crearsi di situazioni di questo tipo.

Secondo una ricerca condotta dal gruppo Co.Ri. (Coordinamento Riabilitazione), il 35% degli utenti dei Ser.D. della Provincia di Venezia presenta problemi rilevanti in area lavorativa o abitativa, oppure assenza di supporto familiare, mentre il 10% presenta problemi in tutte queste aree; la stessa popolazione presenta nel 22% dei casi una diagnosi psichiatrica grave.

Si evidenzia inoltre come le problematiche sociali aumentino col crescere dell’età (Manzoni e coll., 2013).

L’Osservatorio Europeo sulle Droghe (*European Monitoring Centre for Drug and Drug Addiction- EMCDDA*, 2012) riconosce che il trattamento della dipendenza da solo non è sufficiente a prevenire l’esclusione sociale e indica i seguenti punti come centrali per migliorare l’integrazione sociale dei pazienti con Dipendenza:

- aumentare la disponibilità e l’accessibilità degli interventi di integrazione sociale;

\* Università di Verona.

\*\* Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 13 – Dolo-Mirano (VE).

- comprendere gli interventi di integrazione sociale nei programmi di trattamento fin dalle fasi iniziali;
- considerare la reintegrazione sociale come obiettivo del programma di trattamento;
- sviluppare linee guida sugli interventi efficaci;
- adattare gli interventi agli specifici bisogni ed alle caratteristiche personali.

L'EMCDDA sottolinea dunque come gli interventi di integrazione sociale siano di pari livello degli interventi sanitari in senso stretto: essi vanno considerati parte integrante del programma di trattamento, vanno effettuati fin dall'inizio e sono oggetto di ricerca scientifica.

Per quanto riguarda il nostro Paese occorre riconoscere che, storicamente, il contrasto alla condizione di dipendenza da alcol o da sostanze psicoattive ha avuto come *mainframe* d'intervento la riduzione dei livelli di intossicazione ed il perseguimento di comportamenti di completa astinenza, supportata o meno da terapie farmacologiche.

Un'attenzione minore, sia in termini di risorse professionali che di interventi, è stata dedicata alla disabilità psicosociale che pure accompagna la Dipendenza da Sostanze e che investe – non di rado in modo drammatico – gli ambiti relazionali, lavorativi e ricreativi dei pazienti dei Servizi.

Di fronte all'aumento delle situazioni di cronicità nell'uso di sostanze o di alcol (Manzoni *et al.*, 2013) ed al moltiplicarsi delle condizioni di dipendenza (da fumo, gioco d'azzardo, da tecnologia, da shopping, da sport ecc.), cresce l'esigenza di adottare una prospettiva ermeneutica più ampia sulla condizione di dipendenza, che sia in grado di considerare non solo il paziente ma la persona nella globalità della sua condizione di vita e di salute.

Rispetto alla attuale impostazione del trattamento delle Dipendenze è dunque necessario un cambiamento di mentalità che permetta agli interventi riabilitativi di acquisire centralità e "pari dignità" rispetto alla clinica, in un percorso che va dall'assistenza alla Riabilitazione Orientata alla Guarigione (Carozza, 2006).

## Il paradigma bio-psico-sociale nella definizione delle dipendenze

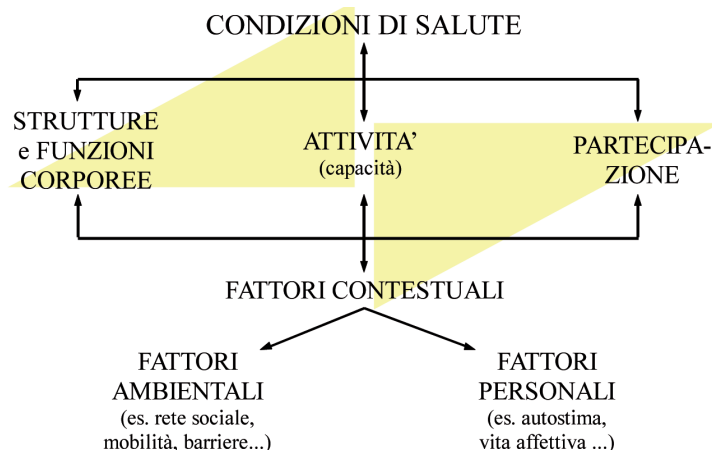
Il cambio di prospettiva delineato richiede, a monte, l'adozione di quel paradigma che suggerisce di guardare alla dipendenza come ad una sindrome, cioè non tanto come ad una malattia ben definita quanto ad una serie di sintomi o di determinanti di carattere biologico, psicologico e sociale che si possono manifestare in diversi tipi di comportamenti compulsivi (Shaffer, 2012).

È questa la lettura che l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) suggerisce nella decima revisione dell'*International Classification of Diseases and Health Problems* (ICD-10, 1992) e che si ritrova con più definita articolazione nella più recente Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF, 2001).

L'ICF permette di descrivere la condizione di ciascun individuo attraverso una serie di domini, cioè di determinanti della salute, che comprendono tutti gli aspetti di vita, da quelli biologici a quelli psicologici e sociali.

Il concetto più innovativo introdotto dall'ICF è quello di "funzionamento" (*functioning*), che viene ad assumere un significato opposto a quello di "disabilità" poiché si riferisce all'interazione positiva o neutra tra un individuo (con una certa condizione di

salute) ed i diversi fattori ambientali presenti nel suo contesto di vita.



Secondo questa prospettiva, menomazioni alle strutture o alle funzioni del corpo limitano le attività della persona e la sua partecipazione alla società nella misura in cui i fattori ambientali e personali fungono da barriere o da facilitatori.

Si riconosce dunque a questi fattori contestuali il potere di modulare il processo in base al quale una certa condizione di salute si traduce in una disabilità psicosociale, che nell'ICF viene descritta come limitazione dell'attività e/o restrizione alla partecipazione nei contesti di vita.

In altri termini, pur in presenza di condizioni di salute sfavorevoli, l'azione positiva dei fattori ambientali può consentire più ampie possibilità di inclusione sociale e lavorativa.

Nell'ICF il principio di causalità eziologica è sostituito dalla nozione di parità tra le diverse componenti nel determinare lo stato di disabilità: ciascuna di queste componenti può essere codificata in modo rigoroso attraverso una scala nominale composta da cinque qualificatori.

## L'ICF e le Dipendenze

La prospettiva ermeneutica della disabilità che l'OMS ci offre con l'ICF risulta interessante anche per le dipendenze patologiche, non solo perché queste si traducono molto spesso in vere e proprie invalidità personali, ma anche per le conseguenze (ed i costi) sociali che ne derivano.

Nell'ottica bio-psico-sociale la condizione di dipendenza viene collocata entro una relazione disarmonica tra la persona e il suo ambiente.

Di conseguenza il processo di cura e riabilitazione passa attraverso un riequilibrio relazionale, con interventi non soltanto sul soggetto ma anche e necessariamente su una serie di fattori esterni, con lo scopo di sostenere l'attività e la partecipazione sociale.

Secondo l'approccio ecosistemico ed olistico formulato dall'OMS, il focus di ogni azione terapeutico-riabilitativa deve essere la qualità di vita della persona, la sua possibilità di svolgere attività positive e di integrarsi efficacemente nei contesti sociali e lavorativi, anche in presenza di una condizione di dipendenza da sostanze psicotrope, dall'alcol o dal gioco d'azzardo.

L'applicazione dell'ICF in chiave valutativa offre dunque potenzialità molto interessanti per la definizione di un processo di *recovery* che possa essere perseguibile anche e nonostante la cronicità della condizione di dipendenza.

Nella prospettiva dell'OMS occorre spingersi oltre i limiti dell'assistenza sul piano strettamente terapeutico: la riabilitazione va vista come parte irrinunciabile del trattamento, poiché è attraverso esperienze positive che un paziente può trovare la motivazione per impegnarsi in un percorso di contrasto alla dipendenza patologica o, quanto meno, per riuscire a vivere in autosufficienza ed in modo dignitoso.

Per arrivare a questi obiettivi occorre riconoscere che non è più sufficiente inquadrare correttamente la dipendenza sul piano nosografico, ma è necessario essere in grado di valutare il funzionamento complessivo della persona secondo criteri attendibili, fornendo evidenze scientificamente fondate in ordine all'efficacia dei trattamenti.

## Le esperienze in corso

Un'analisi sistematica della letteratura effettuata da Cerniauskaite e collaboratori (2011) ha evidenziato oltre cento lavori che presentano approfondimenti ed applicazioni dell'ICF per la valutazione del funzionamento di particolari categorie di soggetti.

Simeonsson (2009) riferisce di diverse esperienze in cui una selezione di codici (*core set*) dell'ICF-CY<sup>1</sup> è stata utilizzata in ambito medico e riabilitativo per descrivere il funzionamento di una specifica tipologia di pazienti. Egli cita persone con artrite reumatoide, ma in letteratura ricorrono esperienze con bambini affetti da paralisi cerebrale infantile (Van Ravesteyn *et al.*, 2010), con bambini prematuri (Msall, 2005), con pazienti affetti da cancro (Tschiesner, Oberhauser & Cieza, 2011), da ictus (Snogren & Sunnerhagen, 2009), da grave miastenia (Leonardi *et al.*, 2009). Interessante anche l'esperienza italiana di applicazione dell'ICF nella riabilitazione di pazienti psichiatrici (Reed *et al.*, 2009).

Per quanto riguarda lo specifico ambito delle dipendenze patologiche, nella letteratura internazionale si rintraccia un'unica esperienza effettuata da Kamman e collaboratori in Germania (2011).

Lo studio è stato condotto selezionando un set di item ritenuti significativi per il target di riferimento; lo strumento che ne è derivato è stato sottoposto al giudizio di 20 professionisti al fine di migliorarne la capacità descrittiva e valutativa.

## La sperimentazione nell'Azienda ULSS 13

Nel Dipartimento delle Dipendenze dell'Azienda ULSS 13 di Dolo-Mirano (VE) è in corso, dal 2011, una sperimentazione che prevede l'applicazione di un *core set* di codici della sola componente di Attività e Partecipazione dell'ICF, per la valutazione del funzionamento/disabilità sociale di un gruppo di pazienti in trattamento per Dipendenza.

Lo strumento viene utilizzato in modo congiunto dagli Educatori e dai singoli pazienti, che sono così chiamati a verificarsi su aspetti molto importanti della loro vita quotidiana.

La valutazione della situazione individuale, attraverso i qualificatori dell'ICF, permette di definire un "profilo di funzionamento" costruito sull'interazione tra le performance del soggetto ed i fattori ambientali presenti nel contesto di vita.

Tale profilo fornisce un supporto molto interessante sul piano metodologico nella definizione dei percorsi educativo-riabilitativi individualizzati e degli obiettivi di miglioramento, che vengono definiti in modo congiunto da operatori e paziente.

Si consideri inoltre che la prospettiva di cura e di riabilitazione indicata dall'ICF permette di programmare non soltanto inter-

venti sul soggetto ma anche su una serie di fattori esterni, con lo scopo di sostenerne le attività e la sua partecipazione sociale.

La somministrazione della scheda ICF è stata inizialmente effettuata con un piccolo gruppo di pazienti coinvolti in un'attività educativa, il laboratorio "Salotto", svolto all'interno del Ser.D. e che prevede continuità nella frequenza e definizione di minimi obiettivi di cambiamento (Galuppi e coll., 2009).

L'esperienza è stata in seguito allargata anche ad altri pazienti, con i quali si era instaurato da tempo un rapporto significativo.

Il criterio di selezione dei partecipanti all'esperienza è stato quello di rivolgersi a utenti che mostrassero una collocazione nello stadio della determinazione (Prochaska & DiClemente, 1992), quale requisito minimo per tentare percorsi di cambiamento sul piano del comportamento.

A partire da aprile 2012 sono stati coinvolti fino ad oggi in totale 8 pazienti, rispettivamente 5 del Ser.D. di Dolo (VE) e 3 del Ser.D. di Mirano (VE).

Sulla base delle risorse disponibili, si è scelto sia di focalizzare la scheda esclusivamente sulle performance, sia di articolarla in due distinti strumenti: uno di autovalutazione per i pazienti ed uno di osservazione/valutazione per gli operatori.

Successivamente si è proceduto con la compilazione da parte di ogni utente della prima scheda, facendo seguire, quando possibile, la valutazione di due diversi operatori attraverso una speculare scheda di osservazione.

Una volta rilevati gli items dai quali emergeva una performance critica, si è definito con ogni paziente il piano di cambiamento (leggasi "obiettivi") a partire dalla sua disponibilità ad impegnarsi, individuando di volta in volta le strategie di facilitazione e/o di rimozione di barriere.

Dopo un periodo adeguato di tempo (da 1 a 3 mesi), si è valutato lo sviluppo del piano assieme al soggetto, al fine di oggettivare i cambiamenti avvenuti.

A tale confronto è seguita la ripetizione dell'osservazione da parte dei due operatori, per dare carattere di attendibilità alle valutazioni raccolte (Braga & Tosi, 1998, p. 125).

## Conclusioni

La prima sperimentazione di un modello di valutazione dei bisogni di vita e di programmazione riabilitativa basato sull'ICF consente di evidenziare una serie di considerazioni sull'opportunità di approfondire un approccio di questa natura.

In primo luogo occorre rilevare che lo strumento messo a punto fornisce una prima risposta al bisogno di definire in modo molto preciso gli obiettivi riabilitativi e di documentarne i risultati. Questa possibilità è molto importante non solo dalla prospettiva istituzionale, ma anche da quella del paziente; si è visto, infatti, che l'autovalutazione aumenta la consapevolezza globale di sé e permette di valorizzare il percorso di cambiamento intrapreso, riconoscendo più chiaramente i propri punti di forza e le proprie difficoltà.

Affinché questo si realizzi, occorre che la persona sia situata nella fase della determinazione, secondo il modello transteorico di Prochaska e DiClemente (1992).

Diversamente la valutazione degli operatori e quella del paziente rimane così divergente che non è possibile dare seguito alla definizione di piani di intervento condivisi.

Per quanto riguarda l'orientamento della *recovery*, l'adozione del paradigma bio-psicosociale dell'ICF ha sollecitato la definizione di interventi all'esterno del contesto ambulatoriale, reperendo risorse e collaborazioni nell'ambiente di vita della persona.

Solo in questo modo, infatti, è possibile arrivare alla riprogrammazione di quei fattori ambientali che tanta parte hanno nel functioning di un paziente, in vista di una migliore e più dignitosa qualità di vita.

Questo cambiamento di prospettiva e di "setting" richiede un percorso di condivisione all'interno dell'équipe del Ser.D., che deve necessariamente riguardare sia i presupposti teorici sia le ricadute sul piano operativo, cioè la definizione dei trattamenti. Nell'evoluzione di questa sperimentazione si sta provvedendo a riconsiderare il *core set* di item dell'ICF, in modo da arrivare alla definizione di uno strumento in grado di avere una più ampia possibilità di descrivere il funzionamento delle persone con disturbo da uso di sostanze.

A questa seconda fase partecipano i Ser.D. di Dolo e Mirano e alcune Comunità Terapeutiche dell'area veneziana (Olivotti, Contatto e Confine/Ceis don Milani, Emmaus) con la collaborazione dell'Università di Verona.

Si può ragionevolmente prevedere che, attraverso questa via, si possano individuare modalità operative che permettano di sincronizzare più efficacemente la cura sul piano medico/farmacologico e la riabilitazione psico-sociale.

In tal modo sarà possibile raccogliere evidenze sui progressi dei singoli pazienti, anche nell'ottica di una migliore continuità assistenziale tra Servizi per le Dipendenze e Comunità Terapeutiche.

## Note

1. Si tratta della versione per bambini e ragazzi della Classificazione ICF (OMS, 2007).

## Riferimenti bibliografici

- Amann K., Stracke R., Veltrup C., Küfner R., W., R.-R. (2011), "Towards a Consent on Developing an ICF-Core Set Alcohol and Drug Dependence - A Pilot Study with 20 Experts on Addiction", *Suchttherapie*, 12(1): 20-28.
- Braga P., Tosi P. (1998), "L'osservazione", in Mantovani S. (a cura di), *La ricerca sul campo in educazione. I metodi qualitativi* (pp. 83-162), Bruno Mondadori, Milano.
- Carozza P. (2006), *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*, FrancoAngeli, Milano.
- Cerniauskaite M., Quintas R., Boldt Raggi A., Cieza A., Bickenbach J.E. et al. (2011), "Systematic literature review on ICF from 2001 to 2009: its use, implementation and operationalisation", *Disability and Rehabilitation*, 33(4): 281-309.
- EMCDDA (2012), *Social reintegration and employment: evidence and interventions for drug users in treatment*, Lisbona, www.emcdda.europa.eu.
- Galuppi O., Barillaro A., Perrelli E., Cibin M. (2009). "Snupi" method in the addiction treatment: A theoretic and technical experience of set-

tings that can be new, possible and imaginable. Atti di "17th Congress of International Association for group Psychotherapy". Roma, agosto 2009.

- Leonardi M., Raggi A., Antozzi C., Confalonieri P., Maggi L., Cornelio F. et al. (2009), "Disability and functional profiles of patients with myasthenia gravis measured with ICF classification", *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2): 167-172.
- Manzoni A., Dal Ben G., Saccon D., Tagliapietra Vidal M. (2013), "Rilevazione preliminare sulla prevalenza della Cronicità tra i pazienti SerD della provincia di Venezia", in Saccon D., Banon D., Boatto E. (a cura di) (2013), *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze. Il problema delle cronicizzazioni*, Cleup, Padova.
- Msall M.E. (2005), "Measuring Functional Skills in Preschool Children at Risk for Neurodevelopmental Disabilities", *Mental retardation and developmental disabilities research reviews*, 11(3): 263-273.
- OMS (1992), *ICD-10: classificazione delle sindromi e dei disturbi psichici e comportamentali: descrizioni cliniche e direttive diagnostiche, criteri diagnostici per la ricerca* (D. Kemali, M. Maj, F. Catapano, S. Lobracc & L. Magliano, Trad.), Masson, Milano.
- OMS (2001), *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Erickson, Trento.
- OMS (2007), *ICF-CY. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute - Versione per bambini e adolescenti*, Erickson, Trento.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C. (1992), "Stages of change in the modification of problem behavior", in Hersen M., Eisler R., Miller P.M. (eds.), *Progress in Behavior Modification*, vol. 28, Sycamore Publishing Company, Sycamore, IL.
- Prochaska J.O., DiClemente C.C., Norcross J.C. (1992), "In search of how people change: Applications to addictive behaviors", *American Psychologist*, 47(9): 1102-1114.
- Reed M., Leonardi M., Ayuso-Mateos J., Materanzini A., Castronuovo D., Manara A. et al. (2009), "Implementing the ICF in a psychiatric rehabilitation setting for People with Serious Mental Illness in the Lombardy region of Italy", *Disability and Rehabilitation*, 31(S1): S170-S173.
- Shaffer H.J. (eds.) (2012), *APA Addiction Syndrome Handbook*, American Psychological Association, USA.
- Simeonsson R.J. (2009), "ICF-CY: A Universal Tool for Documentation of Disability", *Journal of Policy and Practice in Intellectual Disabilities*, 6(2): 70-72.
- Snogren M., Sunnerhagen K.S. (2009), "Description of Functional Disability among Younger Stroke Patients: Exploration of Activity and Participation and Environmental Factors", *International Journal of Rehabilitation Research*, 32(2): 124-131.
- Tschiesner U., Oberhauser C., Cieza A. (2011), "ICF Core Set for head and neck cancer: do the categories discriminate among clinically relevant subgroups of patients?", *International Journal of Rehabilitation Research*, 34(2): 121-130.
- Van Ravesteyn N.T., Scholtes V.A., Becher J.G., Roorda L.D., Verschuren O., Dallmeijer A.J. (2010), "Measuring Mobility Limitations in Children with Cerebral Palsy: Content and Construct Validity of a Mobility Questionnaire (MobQues)", *Developmental Medicine & Child Neurology*, 52(10): 229-235.