

Scenario Europa: esperienze di applicazione dell'ICF in contesti socio-lavorativi¹

Carlo Ricci (*Istituto Walden di Roma e Università di Bari*)

Premessa

L'impostare una prima riflessione che metta a confronto il progetto "ICF in Italia" con le esperienze analoghe che si stanno applicando negli altri Paesi Europei, impone:

1. l'analisi delle diverse definizioni di disabilità adottate dagli Stati Membri nello specifico dei contesti socio-lavorativi;
2. il confronto tra il modello "medico" e quello "sociale" nelle diverse politiche sociali adottate dagli Stati in Europa;
3. il ruolo delle determinanti di salute sulla mancanza o perdita di capacità professionali che provocano disoccupazione o perdita del lavoro e con quali approcci vengono individuate nei diversi Stati Membri;
4. il tipo di utilizzo del sistema di classificazione ICF inteso nell'accezione di "Sistema Concettuale", "Sistema di Assessment" e "Sistema di Classificazione".

Lo sviluppo di questi punti permetterà d'individuare il grado di "unicità" dell'esperienza italiana promossa dal progetto "ICF e Politiche del Lavoro" e di meglio comprendere la posizione assunta dai diversi Paesi Europei in merito all'Utilizzo dell'ICF nelle politiche di inclusione nel contesto lavorativo delle persone con disabilità e, infine, di poter azzardare alcune previsioni sul ruolo, funzioni e compiti dell'ICF in uno scenario evolutivo di breve e medio periodo che si prospetta in Europa nello specifico nell'inclusione o integrazione lavorativa delle persone con disabilità.

Analisi delle diverse definizioni di disabilità adottate dagli Stati Membri nello specifico dei contesti socio-lavorativi

In uno studio realizzato dalla *Brunel University* (2002)² su richiesta della Commissione Europea, Direzione Generale per l'Impiego e gli Affari Sociali, sul tema delle "Analisi comparate e valutazione delle implicazioni politiche delle varie definizioni "legali" della disabilità tra gli Stati Membri" vengono presentati quattro modelli di determinazione della disabilità desunti da due parametri fondamentali: il grado di medicalizzazione e il limite di discrezionalità nei processi decisionali di attribuzione della disabilità.

Modello A – Bassa Evidenza Medica e Alta Discrezionalità

In questo modello, il livello di accertamento di competenza sanitaria è basso così come la discrezionalità del medico nell'attribuire la condizione di disabilità, mentre questa ultima è conferita ad altre agenzie;

Modello B – Bassa Evidenza Medica e Bassa Discrezionalità

In questo modello il livello dell'intervento sanitario è prevalentemente di consulenza ed ha una funzione di limitare i processi decisionali che vengono assunti da agenzie non-sanitarie;

Modello C – Alta Evidenza Medica e Alta Discrezionalità

In questo modello il livello degli accertamenti sanitari sono alti così come la discrezionalità conferita alla singola équipe medica;

¹ Relazione presentata al IX Convegno Nazionale della Associazione Italiana di Valutazione, Genova 4/6 maggio 2006

² *Brunel University* (2002). Definizioni di disabilità in Europa, trad. it. ANMIC Edizioni

Modello D – Alta Evidenza Medica e Bassa Discrezionalità

In questo modello l'uso di dati sanitari è strutturato mediante tabelle di classificazione delle menomazioni o *Barena* riducendo così la discrezionalità delle singole equipe mediche e delle altre agenzie non-sanitarie.

Le conclusioni proposte da questo rapporto sono che *“in politica sociale, non esiste un metodo ideale per tracciare i confini tra persone con disabilità e senza disabilità”*. Brunel University, 2002 p.83).

Nel 2003 l'Organizzazione per la Cooperazione e lo Sviluppo Economico (OCSE) pubblica un documento riferito alle politiche educative nel quale viene proposta una classificazione delle disabilità secondo tre categorie fondamentali:

1. definizione della categoria A

si riferisce alle esigenze educative degli studenti quando c'è un sostanziale accordo normativo - come ad esempio in casi di alunni non vedenti e ipovedenti, sordi e ipoacusici, con ritardo mentale grave e profondo, o disabilità multiple. Tipicamente, ci sono adeguati strumenti di valutazione e criteri condivisi. In genere vengono considerati in termini medici come disordini organici imputabili a patologie organiche (ad esempio, correlati ad anomalie sensoriali, motorie e neurologiche).

2. definizione della categoria B

si riferisce alle esigenze educative degli alunni che hanno difficoltà nell'apprendimento che non sembrano essere direttamente o principalmente imputabili a fattori che porterebbero a classificazioni di tipo A o C.

3. definizione della categoria C

si riferisce alle esigenze educative degli alunni che vengono considerate derivare principalmente da fattori socio-economici, culturali e linguistici. Si riscontra una forma di ambiente svantaggiato o anomalo che l'educazione cerca di compensare.

La classificazione dell'OECD (2003) adottata dai diversi Paesi europei è qui rappresentata.

Paesi	Disabilità (categoria A)	Difficoltà (categoria B)	Svantaggi (categoria C)
Belgio	<ul style="list-style-type: none">– handicap mentale lieve– handicap mentale medio o grave– handicap fisico– malattia prolungata– handicap visivo– handicap uditivo	<ul style="list-style-type: none">– gravi problemi affettivi e/o comportamentali– gravi disabilità di apprendimento– assistenza prolungata– insegnamento di sostegno	<ul style="list-style-type: none">– politica di priorità educativa– classi di accoglienza per coloro che non parlano l'olandese– bambini sottoposti a continui trasferimenti– bambini inseriti in case protette dal Tribunale ei– rapporti insegnanti/allievi più vantaggiosi a Bruxelles– risorse aggiuntive per le scuole in alcuni Comuni intorno a Brussels e al confine linguistico tra le regioni dei fiamminghi e dei Valloni
Repubblica Ceca	<ul style="list-style-type: none">– ritardo mentale– handicap uditivi– handicap visivi– disturbi del linguaggio– handicap fisici– handicap multipli– altri handicap– debolezza di salute (solo scuola dell'infanzia)	<ul style="list-style-type: none">– alunni in ospedale– problemi di sviluppo, comportamento e apprendimento	<ul style="list-style-type: none">– bambini socialmente svantaggiati, classi preparatorie in scuole normali
Finlandia	<ul style="list-style-type: none">– menomazione mentale media– menomazione mentale grave– menomazione nell'udito– menomazione visiva– menomazione fisica e altre menomazioni– altre menomazioni	<ul style="list-style-type: none">– menomazione mentale lieve– difficoltà socio-affettive– difficoltà di linguaggio– difficoltà lettura/scrittura– difficoltà di linguaggio, lettura/scrittura– difficoltà di apprendimento di matematica– difficoltà di apprendimento di	<ul style="list-style-type: none">– insegnamento di sostegno per immigrati

Paesi	Disabilità (categoria A)	Difficoltà (categoria B)	Svantaggi (categoria C)
		lingue straniere – difficoltà di apprendimento generali – altre difficoltà specifiche – insegnamento di sostegno	
Francia	– handicap mentale grave – handicap mentale Medio – handicap mentale lieve – handicap fisico – disturbi metabolici – sordità – ipoacusia – cecità – ipovisione – altri disturbi neuropsicologici – disturbi dell'eloquio/linguaggio – altri deficit – handicap multipli	– difficoltà di apprendimento	– studenti non francofoni – bambini svantaggiati (zone prioritarie ZEP)
Germania	– ipoacusico o sordo – disturbo del linguaggio – handicap fisico – handicap mentale – malattia – handicap multipli – Autismo (non ci sono dati statistici, ma vengono forniti dei programmi)	– disabilità di apprendimento – disturbi del comportamento – insegnamento di sostegno*	– famiglie che si trasferiscono di frequente* – tedesco per coloro che parlano altre lingue*
Ungheria	– ritardo mentale medio – visivo – uditivo – motorio – linguistico – altre disabilità	– ritardo mentale di grado lieve	– bambini di minoranze – alunni svantaggiati/ alunni a rischio
Irlanda	– menomazione visiva – menomazione uditiva – handicap mentale lieve – handicap mentale medio – handicap fisico – disturbi specifici dell'eloquio e del linguaggio – disturbi specifici dell'apprendimento – handicap mentale grave e profondo – handicap multipli	– disturbi affettivi – gravi disturbi affettivi – alunni che necessitano di un insegnamento di sostegno	– bambini di famiglie che si trasferiscono di frequente – giovani delinquenti – bambini di scuole in aree svantaggiate – bambini di rifugiati
Italia	– menomazione visiva – menomazione uditiva – ritardo mentale Medio – ritardo mentale grave – disabilità multiple		– alunni con nazionalità straniera (non ci sono dati statistici)
Lussemburgo	– ritardo mentale – disturbi affettivi – deficit sensoriali – deficit motori	– difficoltà di apprendimento	– svantaggio sociale
Olanda	– bambini sordi – bambini sordastri – difficoltà di linguaggio e comunicazione – handicap visivo – handicap fisico /soggetto con danno motorio – altri danni alla salute (escluse ospedalizzazioni prolungate) – handicap mentali profondi/ gravi disabilità di apprendimento – comportamento deviante – malattie croniche che richiedono istituzioni pedagogiche – handicap multipli	– disabilità di apprendimento e comportamentali – bambini in avviamento professionale con difficoltà di apprendimento	– bambini provenienti da svantaggiati ambienti
Polonia	– handicap mentale lieve – handicap mentale multiplo e grave – handicap mentale profondo – cecità – ipovisione – sordità – malattie croniche – handicap motorio – Autistico		– svantaggi sociali, difficoltà di comportamento
Spagna	– menomazione uditiva – menomazione motoria – menomazione visiva – handicap mentale – problemi affettivi/del comportamento – menomazioni multiple	– molto dotato – alunni in ospedale o con problemi di salute – difficoltà di apprendimento	– studenti con esigenze educative di compensazione – alunni itineranti
Svezia	– menomazione uditiva, visiva e disabilità fisiche		– alunni che ricevono istruzione in lingua madre

Paesi	Disabilità (categoria A)	Difficoltà (categoria B)	Svantaggi (categoria C)
	<ul style="list-style-type: none"> - ritardo mentale - menomazione uditiva e disabilità fisiche 		(diversa dallo svedese) e/o con Svedese come seconda lingua - alunni che hanno necessità di sostegno speciale (non inclusi in altre categorie)
Inghilterra	- bambini con dichiarazioni (documentazione) di esigenze educative speciali	- bambini con esigenze speciali senza dichiarazioni (documentazione)	

Fonte : risposte delle autorità nazionali ai questionari somministrati da OECD; in Ricci³ (2004 p 264-266).

Tale classificazione dal 2004 viene utilizzata come riferimento nei diversi documenti proposti dalla Commissione Europea in materia di Disabilità.

Un altro livello di complessità è rappresentato dal fatto che, all'interno dello stesso Paese, il criterio usato per definire una persona con disabilità cambia rispetto la politica adottata (integrazione scolastica, integrazione lavorativa, inabilità, ecc).

Il confronto tra il modello “medico” e quello “sociale” nelle diverse politiche sociali adottate dagli Stati in Europa

Dimostrata la complessità del costrutto di “disabilità” e di come questo possa variare di significato al variare delle condizioni che prendiamo in considerazione per definirlo è ora opportuno soffermarci brevemente sul confronto tra il modello medico o biopsicosociale come ama definirlo l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS), e il modello sociale al quale si ispirano i principali documenti prodotti dalla Commissione Europea.

Prima della pubblicazione dell'ICF (WHO 2001) era del tutto evidente che per l'Organizzazione Mondiale della Sanità una disabilità era conseguenza di uno stato o condizione di patologia, e quindi essenzialmente iscrivibile in una dimensione di “problema personale” (WHO 1980, 1999). In una prospettiva sanitaria, infatti, la disabilità è affrontabile attraverso programmi di riabilitazione e quindi di pertinenza bio-medica. In questo senso anche il collocamento mirato in un ambiente di lavoro rientra nel progetto di vita della persona con disabilità e quindi appartiene a pieno titolo alla competenza sanitaria. Una delle principali innovazioni dell'ICF, inteso nella sua accezione di “modello concettuale”, è stata però quella di sfumare la concezione precedente fino ad avvicinarsi agli assunti prototipici espressi dal modello sociale. Tradizionalmente di segno opposto a quello bio-medico in quanto è orientato a concettualizzare la disabilità non come un attributo della persona bensì come una risultante del suo ambiente nelle diverse accezioni che possiamo dare a questo termine. Il promuovere norme a tutela delle pari opportunità, operare per la realizzazione dell'abbattimento delle barriere architettoniche (*Universal Design*) non sono azioni destinate alle persone con disabilità in senso stretto ma al contrario agiscono sul contesto migliorando le condizioni della qualità della vita per tutta la popolazione. L'ICF attraverso la proposta di definire la disabilità come una risultante dell'interazione tra le richieste dell'ambiente e le prestazioni di un singolo individuo realizza, dal punto di vista teorico, una prima sintesi tra i due modelli. E' questa evidenza che, a mio avviso, spiega il successo della proposta dell'Organizzazione Mondiale della Sanità, specialmente nel nostro Paese che è stato storicamente tra i primi a porsi l'obiettivo sociale della integrazione scolastica e lavorativa delle persone con disabilità a prescindere dalla condizione di “gravità” ponendosi in posizione fortemente diversificata rispetto agli altri Stati Membri e nel consesso internazionale più in generale.

³ Ricci C. (2004). Le disabilità gravi e l'integrazione scolastica, Editoriale di Handicap Grave, vol. 3, pp.261-266

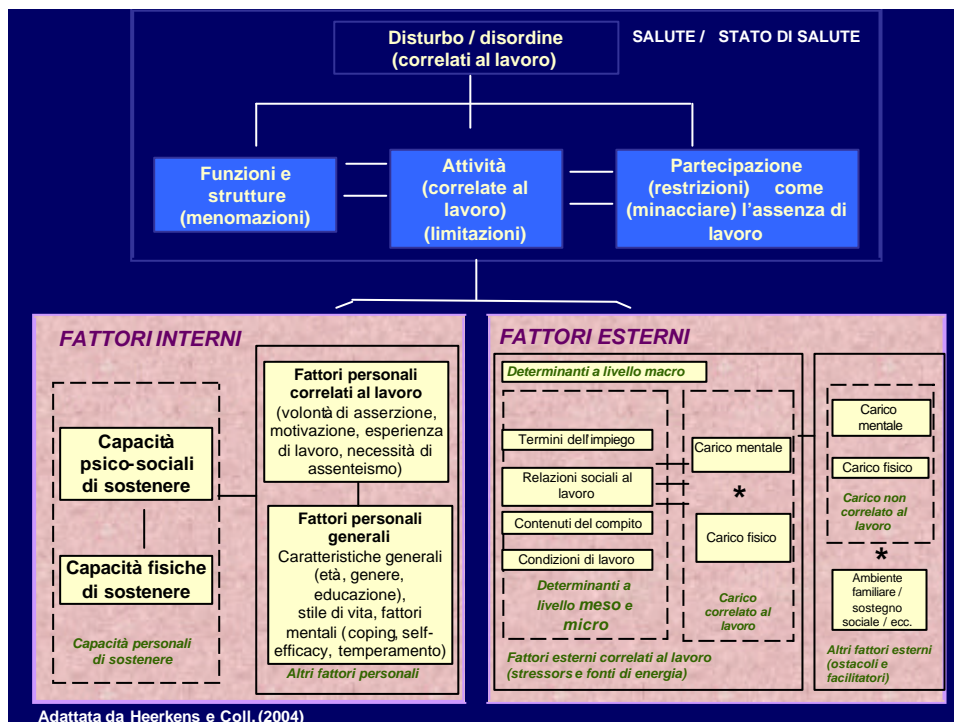
Il ruolo delle determinanti di salute sulla mancanza o perdita di capacità professionali che provocano disoccupazione o perdita del lavoro e con quali approcci vengono individuate nei diversi Stati Membri.

Nell’ambito delle politiche sociali al fine di determinare il grado di bisogno per ottenere un sussidio a compensazione della mancanza o perdita di capacità professionali dovute a condizioni di salute vengono adottati, dagli Stati Membri diversi approcci. Nel già citato studio della *Brunel University* ne vengono proposti essenzialmente tre così definiti:

“ uno di essi è attenersi a una procedura per esaminare i motivi per cui una persona ha smesso di lavorare e identificare gli ostacoli che gli impediscono di riprendere il precedente lavoro. Tale approccio è definito “procedurale”. Un secondo approccio consiste nel focalizzare il perché una persona non sia in grado di intraprendere un lavoro, confrontando le sue capacità con le richieste del mercato del lavoro. Questo approccio viene definito del “profilo attitudinale”. Il terzo approccio consiste nel valutare la disabilità senza riferimento esplicito né a occupazioni precedenti né a occupazioni possibili ma, invece, esaminando la misura in cui la funzionalità di una persona è pregiudicata. Quest’approccio viene definito più avanti “basato sulla menomazione”.

Il tipo di utilizzo del sistema di classificazione ICF inteso nell’accezione di “Sistema Concettuale”, “Sistema di Assessment” e “Sistema di Classificazione”.

Gli orientamenti, al momento dominante, vanno in tre direzioni fondamentali: la prima concerne il sistema concettuale. In alcuni Stati Membri come la Germania, la Finlandia, la Svezia, l’Olanda, lo sforzo è concentrato nell’utilizzare l’ICF come strumento in grado di omogeneizzare definizioni e terminologia tra i ministeri degli Affari sociali e quelli della Salute. Nella stessa direzione possono essere collocati studi e ricerche, che mirano a ridefinire i modelli concettuali già operativi, nel linguaggio ICF. La figura che segue è tratta da uno studio Olandese.



Una seconda direzione d’ispirazione prevalentemente sanitaria, mira alla produzione e standardizzazione di quelli che vengono definiti “Core Sets”. Con questo termine si intende

l'individuazione e il raggruppamento delle più significative categorie utilizzate dall'ICF per specifiche malattie, l'intendimento è quello di costruire checklist "dedicate" a partire dalla *International Classification of Diseases ICD-10*. La letteratura statunitense è particolarmente ricca di questi studi e in questa stessa direzione si sta muovendo la Società per le Scienze Riabilitative della Germania. Il terzo orientamento è quello di generare adattamenti di strumenti già esistenti e/o generarne dei nuovi in conformità con il sistema concettuale proposto dall'ICF.

Conclusioni

L'istanza fondante il creare e soprattutto utilizzare la "Famiglia delle Classificazioni", come la definisce l'OMS, di pervenire alla massima omogeneizzazione dei dati riguardanti la salute, permettendo così un confronto sul piano internazionale sempre più attendibile si coniuga con la medesima esigenza percepita nella Comunità Europea di pervenire allo stesso scopo e cioè rendere realmente confrontabili le politiche e le prassi adottate dai diversi Stati Membri. In questa prospettiva l'ICF è valutato come uno strumento potenzialmente in grado di facilitare il perseguimento di tale obiettivo e, per tale ragione, lo si sta utilizzando. Allo stesso tempo, però ci si chiede se sia opportuno "ridurre" il costrutto di disabilità alla sua dimensione bio-psico-sociale oppure conservare una pluralità di definizioni pertinenti alle diverse politiche adottate e agli specifici scopi da perseguire.

Sul piano della prassi l'esperienza italiana di applicare l'ICF attraverso la somministrazione di una *checklist* dedicata al contesto socio-lavorativo appare originale nel contesto europeo ed in particolare in questo ambito. Naturalmente c'è da chiedersi il perché non vi siano esperienze europee in tal senso nonostante, quella dei "core sets" sia stata l'opzione più diffusa nel contesto sanitario. Le ragioni sono molteplici. Una prima spiegazione risiede nella complessità delle interazioni che si determinano tra le condizioni della persona con disabilità e quelle presenti nel contesto lavorativo. Dal punto di vista sanitario la disabilità, in qualche modo, è sempre riconducibile ad una particolare condizione di salute mentre potrebbero essere molto variabili le condizioni determinate dall'interazione della persona con il contesto lavorativo da rendere inefficace ogni tentativo di limitare e selezionare i codici più significativi. In Germania, ad esempio, è la stessa Società Tedesca per Le Scienze Riabilitative a promuovere la costruzione dei "core sets" al fine di facilitare le valutazioni di competenza sanitaria nel settore assicurativo e della sicurezza sociale. Una seconda spiegazione risiede nella scarsità ed eterogeneità degli strumenti oggi disponibili soprattutto per la valutazione dei domini riguardanti l'attività e la partecipazione e la sostanziale insufficienza dello strumento *check-list* usato isolatamente.

La sfida futura più significativa, probabilmente, è quella di adattare e sviluppare nuovi strumenti di assessment e di valutazione del bilancio di competenze del tutto compatibili con il linguaggio dell'ICF e quindi da questo codificabili.