

Elsa Vitale

INFERMIERISTICA E DISABILITÀ



ESTRATTO



Elsa Vitale

INFERMIERISTICA E DISABILITÀ



Titolo | Infermieristica e disabilità

Autore | Elsa Vitale

Isbn | 978-88-67355-10-5

ECM Version

TUTTI I DIRITTI RISERVATI

©Libellula Edizioni 2017

Nessuna parte di questo libro può essere riprodotta senza il
preventivo assenso dell'Editore.

Libellula Edizioni

Via Roma, 73 - 73039 Tricase (LE) - Italy

Tel. /Fax +39/0833.772652

www.libellulaedizioni.com

info@libellulaedizioni.com

Indice

PREFAZIONE	5
LA DISABILITA'	7
IL MODELLO SOCIALE DELLA DISABILITA'	9
MALATTIA O DISTURBO – MENOMAZIONE – DISABILITÀ – HANDICAP	12
IL CONCETTO DI DISABILITÀ: DALL'ICIDH ALL'ICF	18
DALL' ICIDH ALL' ICF	22
NURSING E DISABILITA'	33
I MODELLI ORGANIZZATIVI ASSISTENZIALI	36
LE SCALE DI VALUTAZIONE	46
INDICE DI BARTHEL	53
STRUMENTI DI RILEVAZIONE DEL RISCHIO	54
COEFFICIENTI DI AGGIUSTAMENTO DEL MMSE PER CLASSI DI ETA' ED EDUCAZIONE NELLA POPOLAZIONE ITALIANA	62
MINI NUTRITIONAL ASSESSMENT (MNA)	63
SCALE DI VALUTAZIONE DEL RISCHIO DI SVILUPPARE LESIONI DA DECUBITO (LdD)	67
GERIATRIC DEPRESSION SCALE (GDS)	75
DISABILITY RATING SCALE (DRS)	78
BLAYLOCK RISK ASSESSMENT SCREENING (BRASS)	88
NURSING E DISABILITA': INTEGRAZIONE TRA SANITA' E SOCIETA'	95
LA CONTINUITA' ASSISTENZIALE NEL COMPLESSO SISTEMA DI RETE: ORIENTAMENTI INFERMIERISTICI	105
IL CONTESTO LEGISLATIVO DELLA DISABILITA'	114
LA DISABILITA' E LE RESPONSABILITA' INFERMIERISTICHE	131
BIBLIOGRAFIA	140

PREFAZIONE

Ho letto con grande interesse il manuale in tema di “Infermieristica e Disabilità” scritto dalla mia allieva, Professoressa Elsa Vitale. Il testo consiste in due parti apparentemente distinte ma alla fine compenetrantesi in ragione di una stretta sequenza di argomentazioni. La prima parte concerne il concetto moderno di disabilità sia come definizione che come aspetti sociali in forte contrapposizione ad una visione antica dell’handicap come esclusione dalla vita di relazione e di mancato inserimento del disabile nel contesto societario. Istruttivi sono anche la classificazione e la semantica dei vari gradi di disabilità che, appunto, lasciano gradatamente scivolare il contenuto verso la seconda parte, che è quella del nursing. Quest’ ultima è ben strutturata in quanto suddivide le varie competenze infermieristiche nella gestione del paziente disabile, essendo, allo stesso tempo, molto esaustiva nelle accurate descrizioni delle più attuali tecniche di nursing nel settore specifico. Non manca anche l’ aspetto nutrizionale, che, per inciso, costituisce il punto forte dell’ attività scientifica della Professoressa Vitale.

In sintesi, si tratta di un eccellente manuale dalla lettura e dall’ apprendimento scorrevoli che consiglio sia a studenti in Scienze

Infermieristiche e specializzandi in Discipline Ortopediche e Riabilitative ma anche ad Infermieri come aggiornamento del loro bagaglio conoscitivo.

Concludo complimentando con la mia allieva Elsa Vitale per il suo continuo impegno didattico-assistenziale e di ricerca.

Settembre 2017

Emilio Jirillo

(Professore Ordinario di Immunologia,
Università degli Studi “Aldo Moro” di Bari)

LA DISABILITA'

Negli ultimi 20 anni si è assistito da parte degli operatori e dei familiari direttamente interessati ad una continua ricerca del termine che meglio potesse presentare “la persona con disabilità”. La legge 104/1992 parla di “handicappato”, poi sostituito dal termine “disabile”, a sua volta sostituito dalla definizione di “diversamente abile”. Quest’ultima dizione rilegge la disabilità per la prima volta nella storia in chiave positiva: non come limite ma come diversa possibilità. Negli ultimi anni infine si è giunti alla visione di “persona con disabilità”, dove l’accento è appunto sulla persona in quanto essere sociale ed in un secondo momento sulla disabilità.

La Legge quadro 104/1992, articolo 3 definisce la persona con disabilità come:

“... colui che presenta una minorazione fisica psichica o sensoriale, stabilizzata o progressiva, che è causa di difficoltà di apprendimento, relazionale, o di integrazione lavorativa e tale da determinare un processo di svantaggio sociale e di emarginazione (...). Qualora la minorazione, singola o plurima, abbia ridotto l’autonomia personale correlata all’età in modo da rendere necessario un intervento

assistenziale permanente continuativo e globale nella sfera individuale o in quella di relazione, la situazione assume connotazione di gravità...”.

La Convenzione Onu del 2007 propone inoltre la seguente definizione:

“... le persone con disabilità includono quanti hanno minorazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali a lungo termine che in interazione con varie barriere possono impedire la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su una base di eguaglianza con gli altri ...”.

IL MODELLO SOCIALE DELLA DISABILITA'

Fino a poco tempo fa la disabilità veniva considerata esclusivamente un problema medico del singolo individuo o come una “tragedia personale”. In conseguenza di ciò le persone con disabilità sono state, nel tempo, tenute a distanza dai “normali” o dalle “persone ordinarie”, perché ponevano apertamente in discussione valori unanimemente accettati, quali “sfortunato, inutile, diverso, oppresso e malato”.

L'approccio medico individualistico alla disabilità è comunemente associato con la “Classificazione Internazionale di Menomazioni, Disabilità ed Handicap” (“International Classification of Impairment, Disability and Handicap”, di seguito ICIDH) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS). La ICIDH venne sviluppata negli anni '70 da un gruppo di sociologi coordinati da Philip Wood con lo scopo di chiarire alcuni concetti e la terminologia utilizzati in riferimento alla disabilità, al fine di facilitare la ricerca e le scelte politiche in quest'area di crescente importanza. Sin dal secondo dopoguerra molti Stati avevano prodotto politiche assistenziali per persone “malate ed invalide”, come conseguenza dei danni che la guerra aveva prodotto, ma in ragione della crescente prosperità e dei progressi della medicina il numero delle persone con disabilità era cresciuto in misura

sostanziale. Perciò la necessità di una ricerca che fosse accurata e che producesse risultati comparabili si è intensificata sia a livello nazionale che internazionale nel tempo.

Concepita quale complemento della già esistente “Classificazione Internazionale delle Malattie” dell’OMS, la Classificazione Internazionale di Menomazioni, Disabilità ed Handicap propose una distinzione tripartita tra: “Menomazione, Disabilità, Handicap”.

- *Menomazione*: qualsiasi perdita, o anormalità, di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche o anatomiche; essa rappresenta l’esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d’organo.
- *Disabilità*: qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a una menomazione) della capacità di compiere un’attività nel modo o nell’ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità rappresenta l’oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona. La disabilità si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno.
- *Handicap*: condizione di svantaggio vissuta da una determinata persona, 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 socio-culturali). Esso rappresenta 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 deriva dalla diminuzione o dalla perdita delle capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell'universo che circonda l'individuo.

Per esporre la tripartizione in altri termini, la “menomazione” riguarda le parti del corpo che non lavorano “normalmente”, e la “disabilità” è incentrata sulle attività che una persona non può svolgere, soprattutto le abilità di base della vita di tutti i giorni, mentre l’“handicap” si riferisce alle conseguenze sociali di menomazione o disabilità, indifferentemente. Il processo di disabilitazione”, nell’accezione di processo che conduce all’handicap, è rappresentato in termini di categorie di conseguenze ben distinte, ma collegate tra loro.

Il concetto della classificazione ICIDH è basato fondamentalmente sulla sequenza:

MALATTIA O DISTURBO – MENOMAZIONE – DISABILITÀ – HANDICAP

Tale classificazione si presterà ad essere criticata a diversi livelli:

- si fonda esclusivamente su definizioni mediche e su assunti bio-fisici di “normalità”. Al contrario, come hanno dimostrato numerosi studi, la “normalità” è un concetto altamente controverso e influenzato da una varietà di fattori storici e culturali e da circostanze contingenti;
- la menomazione è definita come la causa sia della disabilità sia dell’handicap. Quest’ultimo è presentato come un fatto neutro a naturale e come conseguenza inevitabile di una delle due condizioni, menomazione o disabilità. È importante qui notare che non tutte le menomazioni colpiscono la capacità fisica o intellettuale dell’individuo;
- l’approccio adottato dalla classificazione ICIDH pone in una posizione di dipendenza le persone che abbiano una menomazione, reale o presunta. La loro condizione è analizzata da un punto di vista solo ed esclusivamente medico, e si basa sull’assunto che queste persone siano dipendenti da

professionisti del campo medico per ogni tipo di supporto terapeutico e sociale.

In breve, poiché le menomazioni sono presentate come la causa prima del problema della disabilità, la logica impone che queste menomazioni vengano sradicate, minimizzate o “curate”. Ma quando le cure non sono efficaci, il che accade con una frequenza piuttosto elevata, le persone con menomazioni ed etichettate come “disabili” sono viste come non del tutto complete, non “normali”, e incapaci di partecipare e di apportare un contributo alla vita di tutti i giorni della comunità. Queste persone, perciò, hanno bisogno di “assistenza”. In molti paesi questo ha portato alla nascita di una florida e costosa “industria della disabilità”, che comprende istituzioni statali, imprese private, organizzazioni di carità e di volontariato, ed equipaggiata di vaste schiere di aiutanti professionisti fra cui dottori, infermieri, terapisti e operatori sociali. Il risultato complessivo è che quella inadeguatezza e dipendenza delle persone con disabilità che prima era solo presunta, diviene reale e viene rafforzata. Queste convinzioni non sono mai state seriamente messe in discussione fino agli anni '60 e alla comparsa del movimento delle persone con disabilità.

L'attivismo dei disabili è sorto a metà del ventesimo secolo come risposta alle molteplici restrizioni economiche e sociali che le persone con disabilità subivano nella maggior parte delle società "

“industriali” occidentali. In reazione a ciò, in vari paesi del mondo l'attenzione di vari scrittori disabili cominciò a concentrarsi

sull'esperienza della “disabilità” e dell’ “handicap” come forma di oppressione sociale o addirittura discriminazione istituzionalizzata.

A sostegno delle istanze politiche delle persone con disabilità e delle loro organizzazioni esiste una reinterpretazione socio-politica del fenomeno della disabilità, che viene comunemente definito il “modello sociale della disabilità”. Originariamente ideato dagli attivisti disabili in Gran Bretagna, questo approccio deriva dalle esperienze di vita dirette delle persone con menomazioni nella società occidentale.

Senza dubbio, l'organizzazione più influente in termini di storia del pensiero ispirato al modello sociale della disabilità è l'Unione dei Disabili Fisici Contro la Segregazione, U.P.I.A.S. (Union of the Physically Impaired Against Segregation). Fondata nel 1974, agiva essenzialmente attraverso corrispondenza a carattere confidenziale e circolari diffuse tra i suoi membri. Questi scritti dovevano necessariamente mantenere carattere confidenziale perché molti membri dell'associazione vivevano in istituti.

I punti di vista espressi nei documenti dell'U.P.I.A.S. hanno condotto alla produzione dell'U.P.I.A.S. policy statement and constitution (la dichiarazione e costituzione della politica dell'U.P.I.A.S.), adottata per la prima volta nel 1974 e successivamente rivista nel 1976. Un'ampia discussione dell'analisi del U.P.I.A.S. sulla disabilità si trova nei "Principi Fondamentali della Disabilità" pubblicati nel 1976. Tale documento contiene una reinterpretazione socio-politica della

disabilità che delinea una distinzione cruciale tra il biologico ed il sociale:

- “Menomazione”: mancanza di una parte di un arto o di un intero arto, ovvero la circostanza di avere un arto o un meccanismo del corpo difettosi;
- “Disabilità”: svantaggio o restrizione di attività causati da una organizzazione sociale contemporanea che tiene in conto poco o per nulla le persone che hanno impedimenti fisici e perciò le esclude dalla partecipazione alle normali attività sociali.

In contrasto con le precedenti definizioni, l'U.P.I.A.S. ridefinì la disabilità come un qualcosa che una società intollerante ad ogni forma di imperfezione biologica, sia reale che immaginaria, attribuiva e imponeva alla vita delle persone con menomazioni. La responsabilità dello svantaggio vissuto dalle persone con disabilità è spostata dall'individuo disabile alle organizzazioni ed istituzioni della società contemporanea.

Per mettere in pratica l'idea, Mike Oliver coniò l'espressione di “modello sociale della disabilità” nel 1981. Tale definizione venne usata inizialmente nei tirocini degli operatori sociali e professionali che lavoravano nel campo della disabilità e, più tardi, come strumento principale nel “Disability Equality Training” in opposizione al “Disability Awareness Training” che era solitamente costruito su

considerazioni e argomenti tradizionali, individualistici e specifici per la menomazione considerata.

Per modello sociale della disabilità si intende uno strumento euristico, ovvero un aiuto per la comprensione di un fenomeno, tenuto conto che tale modello rappresenta:

- una prospettiva ispirata al modello sociale non nega l'importanza o il valore di interventi appropriati nella vita delle persone con disabilità basati sulla condizione individuale del soggetto, siano essi basati sulla medicina, sulla riabilitazione, sull'istruzione o sul lavoro, ma indirizza l'attenzione sui limiti di questi interventi, tesi a favorire l'inclusione in una società comunque costruita da "soggetti non-disabili" per "soggetti non-disabili";
- contrariamente all'approccio medico tradizionale, di tipo individualistico, nel modello sociale c'è il deliberato tentativo di spostare l'attenzione dalle limitazioni funzionali delle persone disabili ai problemi causati dagli ambienti disabilitanti, da barriere e da culture che rendono disabili;
- un approccio olistico che spiega quali problemi specifici vengono vissuti dalle persone con disabilità, avendo riguardo alla totalità dei fattori ambientali e culturali che rendono disabili. Fra i vari fattori disabilitanti sono ricompresi l'istruzione non accessibile, sistemi di comunicazione e

informatici, gli ambienti di lavoro, sussidi di invalidità inadeguati, servizi sanitari e di solidarietà sociale discriminatori, trasporti inaccessibili, edifici pubblici ed alloggi con barriere, nonché l'immagine negativa che svaluta le persone con disabilità trasmessa dai media.

Concludendo, il modello sociale di disabilità è uno strumento con cui è possibile smascherare le tendenze “disabilizzanti” della società moderna per generare politiche e pratiche in grado di facilitarne lo sradicamento.

Originariamente la definizione di disabilità era limitata agli impedimenti fisici, subito dopo la sua introduzione la definizione dell' U.P.I.A.S. venne ampliata dal movimento delle persone con disabilità, sia a livello nazionale che internazionale, per includere tutti tipi di impedimento: fisico, sensoriale, intellettuale.

Parte integrante di questa nuova definizione è il concetto che tutte le condizioni fisiologiche hanno implicazioni psicologiche e tutti i problemi psicologici hanno conseguenze fisiche. Questo è perciò un concetto onnicomprensivo che racchiude tutti gli ambiti della disabilità compresi, per esempio, gli utenti dei Servizi di salute mentale, e coloro che ad essi sono sopravvissuti.

IL CONCETTO DI DISABILITÀ: DALL'ICIDH ALL'ICF

Il 21 maggio 2001, 191 Paesi partecipanti alla 54ma Assemblea Mondiale della Sanità hanno accettato la nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (International Classification of Functioning, Disability and Health – ICF) come “standard di valutazione e classificazione di salute e disabilità”.

Lo scopo generale dell'ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione delle componenti della salute e degli stati ad essa correlati.

Quest'ultime sono descritte dal punto di vista corporeo, individuale e sociale in due elenchi principali:

- Funzioni e Strutture Corporee,
- Attività e Partecipazione.

La classificazione elenca anche i fattori ambientali che interagiscono a determinare una situazione di disabilità. Questa infatti viene definita come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la

condizione di salute di un individuo, i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo.

L'ICF può essere utilizzata in discipline e settori diversi (clinico, statistico, ricerca, politiche di welfare, ad esempio) in quanto:

- fornisce una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, conseguenze e cause determinanti ad essa correlate;
- stabilisce un linguaggio comune allo scopo di migliorare la comunicazione fra i diversi utilizzatori, tra cui gli operatori sanitari, i ricercatori, gli esponenti politici e la popolazione, incluse le persone con disabilità;
- rende possibile il confronto tra dati raccolti in Paesi, discipline sanitarie, servizi e periodi diversi;
- fornisce uno schema di codifica sistematico per i sistemi informativi sanitari.

La classificazione è il risultato di un lungo lavoro di revisione, iniziato nel 1993 dall'OMS, della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Svantaggi Esistenziali (International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps - ICIDH) del 1980.

L'Italia è tra i 65 paesi che hanno attivamente partecipato alla validazione dell'ICF. A partire dal 1998 il lavoro di revisione della

precedente classificazione ICIDH è stato svolto in Italia da una rete, inizialmente informale, di istituzioni, servizi, esperti e associazioni di persone con disabilità denominata Disability Italian Network-DIN, coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia. La stessa Agenzia ha organizzato la presentazione ufficiale della versione italiana dell'ICF tenutasi il 17 aprile 2002 a Trieste durante la “WHO-Conference on Health and Disability”.

Malattia e disabilità: classificazioni differenti ma complementari

La nuova Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) è una delle classificazioni internazionali, sviluppate dall' Organizzazione Mondiale della Salute (OMS) che permettono di codificare un'ampia gamma di informazioni relative alla salute (ad es. diagnosi, funzionamento e disabilità, accesso ai servizi...). Esse utilizzando un linguaggio comune standardizzato favoriscono la comunicazione, in materia di salute e assistenza sanitaria, tra gli operatori in tutto il mondo e tra varie scienze e discipline.

Nelle classificazioni internazionali dell'OMS le condizioni di salute in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni, ecc) vengono classificate principalmente nella Classificazione Internazionale delle Malattie (International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems - ICD) che viene periodicamente rivista ed aggiornata.

Attualmente è in uso l'ICD-10 (OMS, 1992-94), tradotta in italiano nel 2000. Oltre alla classificazione Internazionale delle Malattie, vi sono altri sistemi classificatori che si concentrano su gruppi di patologie. Ad esempio per quanto riguarda le malattie mentali il principale riferimento, dopo l'ICD-10, è dato dal Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV TR) realizzata dall'American Psychiatric Association.

La Classificazione Internazionale delle Malattie e la Classificazione Internazionale sul Funzionamento, sulla Disabilità e sulla Salute vanno considerate come complementari.

L'ICD-10 si basa sulla sequenza Eziologia -> Patologia -> Manifestazione Clinica e fornisce una "diagnosi" delle malattie mentre l'ICF classifica il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute.

DALL' ICIDH ALL' ICF

Il concetto fondamentale dell'ICIDH è basato sulla sequenza:

Menomazione -> Disabilità -> Handicap

La sequenza descritta è sintetizzata nel seguente schema:

A seguito di un evento morboso, sia esso una malattia (congenita o meno) o un incidente, una persona può subire una menomazione, ovvero la perdita o anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica. La menomazione può poi portare alla disabilità, ovvero alla limitazione della persona nello svolgimento di una o più attività considerate “normali” per un essere umano della stessa età. Infine, la disabilità può portare all'handicap, ovvero allo svantaggio sociale che si manifesta a seguito dell'interazione con l'ambiente.

La sequenza descritta non è comunque sempre così semplice: l'handicap può infatti essere conseguenza di una menomazione, senza la mediazione di uno stato di disabilità. Una menomazione può ad esempio dare origine ad ostacoli nei normali tentativi di instaurare dei rapporti sociali; essa determina l'handicap ma non la disabilità.

Inoltre, la sequenza può essere interrotta: una persona può essere menomata senza essere disabile e disabile senza essere handicappata.

L'ICIDH prevede per le Menomazioni e le Disabilità nove macro-categorie mentre per gli Handicaps le macro-categorie sono sette:

Categorie delle menomazioni:

1. Menomazioni della capacità intellettuale
2. Altre menomazioni psicologiche
3. Menomazioni del linguaggio
4. Menomazioni auricolari
5. Menomazioni oculari
6. Menomazioni viscerali
7. Menomazioni scheletriche
8. Menomazioni deturpanti
9. Menomazioni generalizzate, sensoriali e di altro tipo

Categorie delle disabilità:

1. Disabilità nel comportamento
2. Disabilità nella comunicazione
3. Disabilità nella cura della propria persona
4. Disabilità locomotorie
5. Disabilità dovute all'assetto corporeo
6. Disabilità nella destrezza

7. Disabilità circostanziali
8. Disabilità in particolari attitudini
9. Altre limitazioni nell'attività

Classificazione degli handicaps:

1. Handicap nell'orientamento
2. Handicap nell'indipendenza fisica
3. Handicap nella mobilità
4. Handicaps occupazionali
5. Handicap nell'integrazione sociale
6. Handicap nell'autosufficienza economica
7. Altri handicaps

Concetti base e struttura dell'ICF

A differenza della precedente Classificazione ICIDH, l'ICF non è una classificazione delle "conseguenze delle malattie" ma delle "componenti della salute". Nel primo tipo di classificazione l'attenzione viene posta sulle "conseguenze" cioè sull'impatto delle malattie o di altre condizioni di salute che ne possono derivare mentre nel secondo tipo si identificano gli elementi costitutivi della salute. In tal senso l'ICF non riguarda solo le persone con disabilità ma tutte le

persone proprio perché fornisce informazioni che descrivono il funzionamento umano e le sue restrizioni.

Inoltre, essa utilizza una terminologia più neutrale in cui Funzioni e Strutture Corporee, Attività e Partecipazione vanno a sostituire i termini di menomazione, disabilità e handicap.

La sequenza Menomazione -> Disabilità -> Handicap, alla base dell'ICIDH, nella nuova Classificazione viene superata da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e la disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo.

La classificazione integra in un approccio di tipo “biopsicosociale” (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica, individuale e sociale) la concezione medica e sociale della disabilità. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale ad uno socio-relazionale nello studio della disabilità.

La disabilità viene intesa, infatti, come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo, fattori personali e fattori ambientali che rappresentano le circostanze in egli vive. Ne consegue che ogni individuo, date le proprie condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le proprie capacità funzionali e di partecipazione sociale.

L'ICF correlando la condizione di salute con l'ambiente promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli

da rimuovere o gli interventi da effettuare perché l'individuo possa raggiungere il massimo della propria autorealizzazione.

Funzioni corporee: sono le funzioni fisiologiche dei sistemi corporei, incluse le funzioni psicologiche.

Strutture corporee: sono le parti strutturali o anatomiche del corpo (organi, arti e loro componenti) classificati secondo i sistemi corporei.

Menomazione: una perdita o una anormalità nella struttura del corpo o nella funzione fisiologica (comprese le funzioni mentali).

Attività: è l'esecuzione di un compito o di una azione di un individuo; essa rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento.

Limitazione delle attività: sono le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività. Una limitazione dell'attività può essere una deviazione da lieve a grave, in termini quantitativi o qualitativi, nello svolgimento dell'attività rispetto al modo e alla misura attesi da persone senza la condizione di salute. (sostituisce il termine disabilità usato nell'ICIDH).

Partecipazione: coinvolgimento in una situazione di vita; essa rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.

Restrizioni della partecipazione: sono i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita. La presenza di una restrizione alla partecipazione viene determinata paragonando la partecipazione dell'individuo con quella che ci si aspetta da un individuo senza disabilità in quella stessa cultura o società. (sostituisce il termine handicap usato nell'ICIDH)

FINE ESTRATTO