



ICF-Dipendenze: per una riabilitazione basata sulle evidenze

*Luciano Pasqualotto**, *Alessio Cazzin***, *Emanuele Perrelli***, *Mauro Cibin****

*Docente a contratto Università di Verona. **Educatori Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 13 – Dolo-Mirano (VE). ***Medico psichiatra, Direttore Dipartimento delle Dipendenze Azienda ULSS 13 – Dolo-Mirano (VE).

Il *Piano d'indirizzo per la riabilitazione*, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10/02/2011, rappresenta ad oggi il più recente riferimento ufficiale in tema di riabilitazione. In questo articolo si mostra come il documento possa essere applicato nella riabilitazione delle dipendenze patologiche; in particolare si presenta in modo sintetico il set di strumenti, denominato ICF-Dipendenze, che permette di definire programmi riabilitativi secondo un approccio basato sulle evidenze.

Introduzione

Nell'ambito della cura delle dipendenze patologiche l'obiettivo della piena guarigione, intesa come completa astinenza dall'uso di sostanze, non è sempre completamente realizzabile. Con crescente frequenza si registrano condizioni in cui il perdurare dell'assunzione di sostanze e di alcol, specie se in presenza di altri disturbi mentali (Sacccon et al., 2013), si correla alla perdita della capacità di "funzionare"¹ in modo sufficientemente buono nella vita quotidiana. In questo scenario i Servizi pubblici e privati della

rete delle dipendenze sono chiamati ad interrogarsi rispetto a quale debba essere oggi il loro mandato; in discussione vi sono non solo i criteri per la valutazione di efficacia dei percorsi terapeutici ma anche un modello di cura ancora troppo centrato sulla disintossicazione secondo un approccio prettamente clinico.

In particolare cresce l'esigenza di riconsiderare il peso della riabilitazione psicosociale nel processo di cura, identificando gli interventi di integrazione sociale e lavorativa come obiettivi del programma di trattamento fin dalle sue fasi iniziali. Tale istanza, già raccomandata nel 2012 dall'Osservatorio Europeo sulle Droghe (EMCDDA), necessita oggi di essere implementata nei percorsi di

¹ Il termine fa riferimento al termine *functioning* introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con l'ICF (2002)

cura con approcci strutturati e fondati sulle evidenze.

Quale riabilitazione?

Il *Piano d'indirizzo per la riabilitazione*, approvato dalla Conferenza Stato-Regioni il 10/02/2011 (vedasi Ministero della Salute, 2011), rappresenta ad oggi il più recente riferimento ufficiale sul tema. Il documento è centrato sulle disabilità propriamente intese ma non ci sembra affatto scorretto riferirlo al Disturbo da Uso di Sostanze (DUS) in quanto anch'esso si manifesta come disabilità psico-sociale. Lo conferma anche l'ultima revisione del Manuale dell'American Psychiatric Association (DSM V, 2013), che individua una serie di criteri diagnostici relativi alle implicazioni personali e sociali della dipendenza.

Il *Piano d'indirizzo* individua come scopo della riabilitazione il "guadagnare salute": si tratta di «far raggiungere alla Persona il più alto livello possibile di funzionamento e partecipazione, in relazione alla volontà della Persona stessa e al contesto» (pag. 6).

Nell'ambito delle dipendenze e della salute mentale tale orientamento riabilitativo è condensato nel concetto di *recovery*: Paola Carozza la definisce come «la possibilità di riprendere una prospettiva di sviluppo, di esercitare ruoli utili e validi, di scegliere e di dirigere la propria vita» (2016, pag. 47), in definitiva di avere «una vita più funzionale e dignitosa» (pag. 39). Gli indici principali del processo di *recovery*, cioè di una salute "riguadagnata" pur nel protrarsi di comportamenti di assunzione di sostanze, vanno cercati nella situazione abitativa, nelle relazioni sociali, nel lavoro e nell'autosufficienza economica che ne deriva.

Nel *Piano d'indirizzo* il cambio di paradigma è marcato anche da un appunto sul linguaggio:

«L'utilizzo [...] del termine Paziente a volte può rivelare un approccio che dimentica come un soggetto, in una particolare condizione clinica, sia innanzitutto una Persona con propri desideri e bisogni, che chiede di essere ascoltata e di poter conoscere e capire meglio il proprio stato di disabilità e le possibilità di superarne le limitazioni, avvalendosi di un approccio riabilitativo, in una visione biopsico-sociale» (Prefazione, pag. X).

La riabilitazione secondo l'ICF

Nel *Piano d'indirizzo* vi è un espresso riferimento al modello introdotto dall'Organizzazione Mondiale della Sanità con la *Classificazione del Funzionamento, della Dsiabilità e della Salute* (ICF, 2002).

«I suoi tre elementi fondamentali [...] danno la possibilità di sintetizzare gli aspetti biopatologici con quelli individuali, relazionali e ambientali. Ciò conferisce all'ICF la capacità di guidare la valutazione multidimensionale della Persona e la definizione individuale degli outcome da raggiungere tramite il Progetto Riabilitativo e i suoi interventi».

Facendo proprie tale indicazioni un gruppo multidisciplinare di ricercatori (tra cui gli autori di questo articolo) ha cercato, per la prima volta in Italia, di adattare all'ambito delle dipendenze patologiche la *Classificazione ICF*, al fine di disporre di uno strumento in grado di valutare il *funzionamento* dei pazienti e di definire una riabilitazione psico-sociale basata sulle evidenze.

Sebbene non rientri tra gli scopi di questo scritto presentare in modo esauriente la *Classificazione ICF*, occorre fare un breve inciso sul concetto di *functioning*, al quale

L'OMS assegna un significato opposto a quello di disabilità. L'ICF mette in evidenza che più una persona riesce a "funzionare" nel proprio ambiente di vita, nelle varie adempimenti della vita quotidiana e nelle relazioni, pur in presenza di condizioni di salute avverse, meno la sua patologia si traduce in disabilità psico-sociale. In quei casi, il funzionamento è possibile grazie ai sostegni di cui la persona dispone per poter scegliere ed agire secondo le proprie necessità ed aspirazioni.

Ai fini riabilitativi diventa dunque fondamentale poter disporre di una valutazione multidimensionale, in grado di verificare il funzionamento (o la disabilità) di un paziente nelle diverse aree di vita, di valutare la presenza di facilitatori o barriere e di dare evidenza delle priorità negli interventi di sostegno.

Il gruppo di ricerca di quello che sarebbe diventato *ICF-Dipendenze* (2016) ha percorso la strada, già ampiamente sperimentata a livello internazionale (Cerniauskaite et al. (2011), di individuare una selezione di codici, tra gli oltre 1500 item di cui l'ICF si compone, in grado di descrivere lo spettro prototipico del funzionamento di pazienti in condizione di dipendenza patologica.

ICF-Dipendenze: il set di strumenti

ICF-Dipendenze si compone di 31 item relativi alle funzioni e strutture del corpo e di 52 item che valutano il funzionamento nelle nove aree di vita della componente *Attività e Partecipazione*. Il numero dei fattori ambientali è stato ridotto (36) in modo da facilitarne la valutazione in relazione alle singole attività.

Il set di strumenti è costituito da un protocollo per l'osservazione da parte degli operatori, di un questionario per l'autovalutazione del paziente e da due moduli elettronici che generano un profilo di funzionamento ed un quadro di comparazione dei dati a distanza di tempo

Il *protocollo di osservazione* si presenta come un elenco di domande rispetto ad ognuna delle quali il compilatore deve valutare il livello di funzionamento del soggetto, sia sul versante della performance nelle diverse situazioni di vita, sia su quello della sua capacità in generale (Fig. 1).

La valutazione viene espressa utilizzando una scala nominale con i cinque qualificatori propri della Classificazione ICF. Per ciascun item viene richiesto di individuare i fattori ambientali che interferiscono nelle performance del soggetto, sia positivamente (facilitatori) sia negativamente (barriere), assegnando anche ad essi un "peso" mediante

Breve lista di dimensioni A&P Per ciascuna domanda, direste che l'utente ha qualche problema?	Fattori Ambientali Codici e qualificatori							
	Performance	Capacità	codice	qualificatore	codice	qualificatore	codice	qualificatore
D1. APPRENDIMENTO E APPLICAZIONE DELLE CONOSCENZE								
d160 nel focalizzare l'attenzione ignorando gli stimoli distraenti?								
d175 nel risolvere problemi, analizzando le questioni e considerando diverse possibilità?								
D2. COMPITI E RICHIESTE GENERALI								
d220 nell'intraprendere un compito articolato coordinando azioni in sequenza o simultaneamente? specificare il compito valutato.....								
d2301 nel gestire la routine quotidiana (svegliarsi regolarmente, pianificare le attività della giornata)?								

Fig. 1 - sezione del protocollo ICF-Dipendenze

Strutture del corpo e le valutazioni dei fattori ambientali.

FATTORI AMBIENTALI				
Prodotti tecnologia	Ambiente	Relazioni e Sostegno Sociale	Atteggiamenti	Servizi Politiche
5	0	18	5	0
3	0	10	3	1
FUNZIONI CORPOREE b650 b134				
STRUTTURE CORPOREE				

Fig. 4 - sezione del Profilo di Funzionamento: fattori ambientali e funzioni e strutture del corpo.

Un terzo impiego di ICF-Dipendenze è quello che prevede l'autovalutazione da parte del soggetto stesso mediante le stesse domande previste nella versione per gli operatori, ma limitatamente alle performance. In questo caso l'obiettivo è più psico-educativo che valutativo, poiché consente a professionisti e persone in trattamento di definire in maniera congiunta un piano di cambiamento a partire da una condivisa valutazione dei bisogni. Si persegue in questo modo lo sviluppo di quell'*empowerment* del paziente che viene oggi unanimemente considerato come una condizione della *recovery*.

PROFILO FUNZIONAMENTO				
			performance	capacità
Apprendimento e applicazione delle conoscenze	D1	+	1,2	1,5
			1,5	2,0
Compiti e richieste generali	D2	+	0,4	1,2
			0,9	1,6
Comunicazione	D3	-	0,5	1,8
			0,4	1,4
Mobilità	D4	+	0,5	0,4
			0,9	0,3
Cura di sé	D5	+	0,2	1,1
			0,3	0,7
Vita domestica	D6	=	3,3	2,8
			3,3	2,0
Interazione e Relazioni interpersonali	D7	-	1,4	2,2
			1,3	2,0
Principali aree di vita	D8	+	1,0	1,9
			1,4	1,9
Vita sociale, civile e di comunità	D9	+	1,0	1,5
			2,0	1,5

Fig. 5 - sezione del confronto tra Profili di Funzionamento definiti in tempi diversi.

Tutti i dati raccolti possono essere confrontati a distanza di tempo attraverso il supporto informatico. Questa ulteriore funzionalità è molto importante perché offre un riepilogo di informazioni che permette di evidenziare l'evoluzione di un soggetto e dei fattori ambientali che facilitano ed ostacolano il suo funzionamento, nonché l'efficacia dei percorsi riabilitativi (Fig. 5).

Ricadute operative

L'adozione della prospettiva olistica dell'ICF, che ha accompagnato una sperimentazione sul campo di circa due anni, ha portato alla messa in discussione del paradigma clinico e centrato sulla terapia su cui sono in genere impostati i Servizi per le Dipendenze. Se tradizionalmente la condizione di accesso alla cura dalla dipendenza è quella di "essere dentro" (*dentro* il setting, *dentro* la terapia, *dentro* la comunità, *dentro* i gruppi di aiuto) ed in quel "dentro" si pensano ed operano gli stessi professionisti della cura, con l'ICF si accende l'interesse per "il fuori". I fattori ambientali sono parte determinante del funzionamento per cui progressi e regressi in un percorso di cura e riabilitazione devono essere interpretati anche alla luce dei sostegni e delle barriere che il soggetto trova nel proprio contesto di vita. ICF-Dipendenze permette di identificare con molta chiarezza quali sono i fattori ambientali che interferiscono sulle attività quotidiane ed indica agli operatori quali barriere devono essere disattivate e quali sostegni dovrebbero essere programmati. In altre parole, se l'intervento prettamente terapeutico è centrato sul soggetto e si realizza in ambulatorio o presso lo studio del medico/psicologo, l'azione sui fattori ambientali richiede agli operatori di uscire dalle strut-

ture specialistiche e di lavorare con il territorio. Istituzioni, associazioni formali ed informali, anche culturalmente lontane dall'ambito delle dipendenze, sono così diventate risorse fondamentali per la definizione di percorsi riabilitativi che siano effettivamente tali, che potenzino cioè le possibilità dei pazienti di svolgere le comuni attività personali, sociali e lavorative in contesti inclusivi.

Lo stesso strumento ICF-Dipendenze, per l'osservazione del funzionamento e la compilazione di tutti gli item, richiede la collaborazione di una pluralità di soggetti, intra ed extra istituzionali. Durante la sperimentazione all'interno dei Servizi per le Dipendenze, lo strumento ha spinto le varie figure professionali a cercare il confronto per una più completa comprensione della condizione di un paziente; sul territorio ha attivato relazioni e confronti con le famiglie e colleghi dei pazienti, con gli operatori del privato sociale ed altri soggetti significativi.

Merita una considerazione particolare l'utilizzo di ICF-Dipendenze nell'autovalutazione da parte degli stessi pazienti. Tale modalità di impiego si è rivelata molto utile per i pazienti, che vengono così guidati a focalizzare i propri punti di forza e di debolezza, ad acquisire una visione più globale e comprensiva delle interferenze al proprio funzionamento, ad individuare facilitatori o barriere presenti nelle diverse aree di vita.

In definitiva il profilo di funzionamento prodotto attraverso ICF-Dipendenze con-

sente a soggetti in trattamento e team terapeutico di incontrarsi su una base comune di valutazione, a partire dalla quale si possono elaborare progettualità realmente condivise ed assunte responsabilmente da entrambe le parti, che è possibile verificare nei loro esiti a distanza di tempo. Tale prassi promuove *l'empowerment* del paziente e l'assunzione di responsabilità rispetto al proprio percorso di cura.

Conclusioni

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 potenzialità molto interessanti per la definizione di un processo di *recovery* orientato alla guarigione che possa essere perseguibile anche e nonostante la cronicità della condizione di dipendenza. Nello specifico il set di strumenti *ICF-Dipendenze*, grazie anche ai diversi modi di utilizzazione, è in grado di supportare un approccio di cura integrato, dinamico ed orientato alla riabilitazione basata sulle evidenze.

Gli strumenti sono disponibili gratuitamente sul sito:
www.icf-dipendenze.it

ICF-DIPENDENZE IN BREVE

1. Permette una valutazione valida ed attendibile delle persone con disturbo da dipendenza nel loro funzionamento in diverse attività della vita quotidiana, con evidenza dei fattori ambientali che ne limitano l'espressione e la partecipazione sociale;
2. è aderente al modello della Classificazione Internazionale del Funzionamento e della Disabilità (ICF) dell'OMS ed è costituito da un *core set* di item ritenuti particolarmente significativi per i pazienti da valutare;
3. non è uno strumento diagnostico, ma consente di evidenziare i bisogni prioritari di un individuo nel proprio contesto di vita, attraverso i codici del triage ospedaliero, sulla base di algoritmi che "pesano" il grado di disabilità psico-sociale rilevata nelle singole attività valutate;
4. si compone di un protocollo per l'osservazione da parte degli operatori, di un questionario per l'autovalutazione e di due moduli elettronici che generano un profilo di funzionamento ed un quadro di comparazione dei dati a distanza di tempo;
5. permette di confrontare le necessità di sostegno percepite dalla persona in esame e quelle valutate dall'operatore sanitario o sociale;
6. permette di valutare gli esiti dei trattamenti in corso sulle attività dei pazienti e sulla loro inclusione sociale secondo un approccio *evidence based*;
7. consente un confronto ed una continuità nei percorsi di *recovery* tra servizi ambulatoriali, comunità terapeutiche e servizi territoriali;
8. è uno strumento interdisciplinare che può essere utilizzato da ogni figura professionale e completato in meno di un'ora;
9. restituisce dati semplici da comprendere anche per il paziente, identifica sia le sue risorse che le fragilità e per questi motivi risulta essere ben accetto, promuove consapevolezza e *compliance*.

Riferimenti bibliografici

- Amann K., Stracke R., Veltrup C., Kufner 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.
- American Psychiatric Association (2013), *Diagnostic and Statistical Manual of Mental Disorders. Fifth edition (DSM-V)*, American Psychiatric Publishing, Arlington, VA
- Bakemann, R., & Gottman, J. (1997). *Observing Interaction: An Introduction to Sequential Analysis*. Cambridge (UK): Cambridge University Press.
- Carozza, P. (2006). *Principi di riabilitazione psichiatrica. Per un sistema di servizi orientato alla guarigione*. Milano: Franco Angeli.
- 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.
- Ministero della Salute (2011), *La centralità della Persona in riabilitazione: nuovi modelli organizzativi e gestionali*, n. 8.
- OMS (2002), *ICF. Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Trento: Erickson.
- Pasqualotto L. (a cura di) (2016), *ICF-Dipendenze. Un set di strumenti per programmare e valutare la riabilitazione nelle dipendenze patologiche*, Trento: Erickson.
- Saccon D., Banon D., Boatto E. (a cura di) (2013), *Evoluzioni nelle dipendenze da sostanze. Il problema delle cronicizzazioni*, Cleup, Padova.