

LA VALUTAZIONE FUNZIONALE DELLE CAPACITA' RESIDUE: STATO DELL'ARTE

(Tratto da D. Orlandini A. Amoresano)

Il danno, la disabilità e l'handicap sono i pilastri fondamentali della riabilitazione, i concetti essenziali attorno ai quali si sviluppa il lavoro di tutti i settori preposti alla diagnosi, cura e reinserimento nel mondo del lavoro e nell'ambito della società delle persone che risultano affette da una menomazione.

Nel campo riabilitativo e sociale negli ultimi anni abbiamo assistito ad una sorta di rivoluzione di tipo sia concettuale sia per quanto riguarda il tipo di approccio nei confronti delle persone che necessitano di un aiuto medico e/o sociale. Infatti la classificazione ICDH (Classificazione Internazionale delle lesioni, dei disturbi di abilità e delle minorazioni) stilata nel 1980 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità proponeva tre definizioni fondamentali:

MENOMAZIONE	Perdita o anormalità a carico di una struttura o di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica.
DISABILITA'	Ogni riduzione o mancanza (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo considerato normale.
HANDICAP	Svantaggio risultante da una menomazione o disabilità che limita o impedisce l'adempimento del ruolo sociale normale (per sesso, età, etc.)

Dopo circa 17 anni, perfezionata dai cambiamenti proposti da numerosi studiosi che hanno utilizzato tale classificazione, è stata pubblicata la nuova versione ICDH-2 Beta Draft, ovvero la precedente ICDH revisionata; essa presenta un approccio del tutto nuovo verso i pazienti affetti da menomazioni. La prima differenza si nota nel titolo della classificazione; i termini "Disabilità" ed "Handicap" sono stati sostituiti rispettivamente da "Attività" e "Partecipazione". La ragione di questo cambiamento è stata di eliminare completamente la connotazione negativa legata alla terminologia precedente. Così nella ICDH-2 abbiamo:

MENOMAZIONE	Perdita o anormalità della struttura corporea o di una funzione fisiologica o psicologica
ATTIVITA'	Natura ed estensione di una determinata funzione a livello individuale; le attività possono avere una limitazione temporale o qualitativa
PARTECIPAZIONE	Natura ed estensione del coinvolgimento della persona nelle situazioni della vita, in riferimento alle menomazioni, attività, condizioni di salute e fattori contestuali; limitazioni possono riguardare anche qui natura, durata e qualità.

Dobbiamo tener presente che L'ICDH non è una classificazione di malattie, disturbi o danni; una alterazione della salute che porti ad una interferenza con le ADL (attività delle vita quotidiana) o ad un contatto con i Servizi Sanitari, può infatti essere certamente una malattia, una lesione o un trauma, ma può essere anche una condizione fisiologica come la gravidanza o l'età che per un periodo più o meno limitato porta il soggetto ad una mancata o difficoltosa esecuzione di attività. Mentre le "condizioni di salute" sono classificate nell'ICD, le "conseguenze" di esse sono classificate nell'ICDH; nell'ICDH-2 si introduce una visione più definita delle conseguenze funzionali di un'alterata condizione di salute, e tali conseguenze potranno essere esplicitate nella mancata funzione del corpo del soggetto, della persona intesa come tale e della persona all'interno della società.

Riassumendo nella ICDH-2 una alterazione delle condizioni di salute della persona potrà indurre ad una limitazione delle attività con influenze riguardanti il singolo e/o il rapporto tra il singolo e la società. L'invalidità è quindi distinta in

- un modello medico che si riferisce al problema personale derivante da una menomazione;
- un modello sociale in cui ci si riferisce ad una alterata partecipazione della persona alla vita sociale.

Per questo motivo l'approccio della ICDH-2 è stato definito "biopsicosociale", perché nell'ambito di questa classificazione si tenta di offrire una sintesi delle problematiche presenti sia a livello biologico che psicologico e sociale.

La partecipazione pertanto, alla luce della normativa internazionale riguardante l'obbligo delle pari opportunità, viene in questo ambito classificata e quantificata.

Classificazione della PARTECIPAZIONE	
<u>Partecipazione</u>	1- Nel mantenimento/sostentamento della propria persona 2- Nella mobilità 3- In scambi di informazioni 4- Nelle relazioni sociali 5- Nelle aree di educazione lavoro, tempo libero, spiritualità 6- Alla vita economica 7- Alla vita civile e sociale

Quantificazione della PARTECIPAZIONE	
Livello Base	1- Partecipazione completa in ogni circostanza usuale 2- Partecipazione completa a rischio 3- Partecipazione con restrizioni 4- Nessuna partecipazione
Livelli supplementari	7- Non attesa (per età, sesso, razza, altri fattori) 8- Non determinata 9- Non applicabile

Già a partire dalla ICDH del 1980 sono state proposte diverse scale di valutazione dell'handicap, ma nessuna di esse è riuscita a diventare un riferimento standard per tutti. Sicuramente il campo è molto vasto e non sarà facile trovare uno strumento che riesca a misurare tutti i parametri riferibili ad una persona affetta da una menomazione; infatti oltre alle misurazioni strettamente di pertinenza clinica e che riguardano più che altro menomazione o abilità residue si devono quantificare anche le riduzioni della partecipazione.

Discrete scale di valutazione dell'handicap non validate in Italia sono ad esempio la Craig Handicap Assessment and Reporting Technique (CHART), la London Handicap Scale, il Rehabilitation Activity Profile.

La CHART viene applicata soprattutto in pazienti neurologici (emiplegici e paraplegici) ed è a questionario.

La London Handicap Scale, anch'essa a questionario ed ha dato buoni risultati sempre per pazienti neurologici.

Il Rehabilitation Activity Profile fornisce valori per la misura della disabilità e dell'handicap e sembra utile nel follow-up del recupero funzionale di pazienti colpiti da ictus per definire meglio i criteri prognostici.

Le scale di valutazione delle abilità residue costituiscono invece la piattaforma di partenza su cui impostare interventi volti al miglioramento dello stato delle persone affette da limitazioni nelle attività e nella partecipazione e sono uno strumento indispensabile anche per valutare i programmi di riabilitazione medica. Le scale di valutazione per le A.D.L. (di solito su scale semiquantitative) sono ad esempio molto utili per valutare se un intervento abbia prodotto o meno un miglioramento significativo sulla disabilità del paziente e per misurare il carico assistenziale necessario per mantenere una certa qualità della vita; negli Stati Uniti vengono utilizzate anche per valutare il pagamento prospettico correlato alla degenza riabilitativa.

Le scale di valutazione delle menomazioni vengono utilizzate dividendo i pazienti a seconda del tipo di patologia presente.

Per quanto riguarda le misure della restrizione della partecipazione esse sono necessarie, oltre che per rilevarne l'entità, nelle ultime fasi della riabilitazione per valutare l'efficacia degli interventi eseguiti. Essendo il campo molto vasto (famiglia, stato sociale, barriere, scolarità ecc..) queste scale sono sicuramente meno sviluppate rispetto a quelle per la valutazione delle abilità residue e delle menomazioni.

In ambito sanitario, a seguito della nuova impostazione dell'approccio alla disabilità esposto nella ICDH-2, la valutazione del paziente affetto da menomazioni è oggi vista quindi non più unicamente come semplice rilevazione dei deficit presenti, bensì come quantificazione delle abilità residue; tale concetto, già espresso nella legge 104 del 1992 art.3, è stato ribadito dalla legge 68 finalmente promulgata nel Marzo 1999 e più recentemente nel Decreto Presidenziale del 13/1/2000. In tale decreto, "**Atto di indirizzo e coordinamento in materia di collocamento obbligatorio dei disabili, a norma dell'art. 1, comma 4, della legge 12 marzo 1999, n. 68**" si individuano le modalità secondo le quali le commissioni di cui all'art. 4, della legge 104 del 5 febbraio 1992, formuleranno una diagnosi funzionale della persona disabile; tale diagnosi avrà come obiettivo l'individuazione della capacità globale per il collocamento lavorativo del disabile; in allegato 1 troviamo una "Scheda per la definizione delle capacità". In questa scheda vengono valutate nell'ordine:

1. Attività mentali e relazionali (7 items);
2. Informazione (3 items);
3. Postura (7 items);
4. Locomozione (3 items);
5. Movimento delle estremità/funzione degli arti (3 items);
6. Attività complesse attività fisica associata a resistenza (2 items);
7. Fattori ambientali (4 items);
8. Situazioni lavorative (4 items).

Ad ogni definizione viene associata una valutazione rispondente alla capacità della persona esaminata, che potrà essere:

ASSENTE	MINIMA	MEDIA	ELEVATA	POTENZIALE
---------	--------	-------	---------	------------

In allegato 2 al D. P. citato troviamo altri concetti interessanti:

Capacità globale residua	La capacità complessiva di una persona è il fondamento della sua individualità; "capacità" è un termine positivo, imprescindibile dal riferimento all'ambiente di vita della persona in esame, e non può essere ricondotto solo alla sfera lavorativa.
Capacità lavorativa	È la potenzialità ad espletare una o più attività qualora sussistano caratteristiche ben delineate (biologiche, attitudinali, tecnico-professionali)

Diagnosi funzionale della persona disabile ai fini del collocamento mirato	Consiste in una valutazione sia quantitativa che qualitativa, il più possibile oggettiva e riproducibile di come la persona "funziona" per quanto concerne le sue condizioni fisiche, la sua autonomia, il suo ruolo sociale, le sue condizioni intellettive ed emotive.
Profilo socio lavorativo della persona disabile	Consiste nelle notizie ed informazioni utili per individuare la posizione della persona disabile nel suo ambiente, la sua situazione familiare di scolarità e di lavoro; tali notizie vengono utilizzate per la diagnosi funzionale.
Servizi di sostegno e di collocamento mirato	Strutture che operano con modalità alquanto differenziate a seconda delle esigenze del territorio in cui sono insediate.

Già nel 1995 una commissione di esperti per l'applicazione dell'ICDH dell'OMS aveva promulgato il 10/3 un documento per il vocational assessment dei disabili, ovvero un processo di valutazione delle capacità vocazionali dei soggetti da integrare con i requisiti del posto di lavoro basato sulla ICDH; si comparava quindi la abilità residua della persona con i requisiti del posto di lavoro. Riguardo il livello di menomazione, si valutava l'eventuale necessità di misure mediche, terapeutiche preventive e tecniche. Tutte le categorie di abilità riportate nelle tabelle delle caratteristiche vocazionali sono affiancate dal numero di codice dell'ICDH.

Lo scopo primario della valutazione delle abilità residue è principalmente quello di definire progetti personalizzati di riqualificazione professionale degli invalidi ed ottenere un collocamento mirato degli stessi.

A livello internazionale erano già partiti diversi studi aventi tale scopo; citiamo tra gli altri l'ELHAN in Francia, EAM in Germania, FIS in Olanda, AMAS in Gran Bretagna; per quanto riguarda gli Stati Uniti nel 1993 è stato introdotto, come approccio alternativo alla misurazione del danno, un modello di valutazione basato sulla diagnosi (DRE) pubblicato dalla Guida dell'American Medical Association che aveva vantaggi di maggior semplicità e applicabilità e veniva utilizzato per ottenere un punteggio cumulativo del danno. Ma attualmente anche in America è cresciuto l'interesse per la valutazione delle capacità funzionali (FCE) con una partecipazione massiva di fornitori di nuovi sistemi quasi sempre di tipo informatico; la legislazione prevede che essi debbano essere preventivamente validati dall'American Physical Therapy Association.

Un esempio di studio partito solo due anni fa è il JOULE, con sperimentazione nell'Illinois (Rehabilitation Services Incorporation) e nel Minnesota (Nova Care)

Il Metodo ERTOMIS (Ertomis Assesment Method)

Il metodo ERTOMIS nasce in Germania alla fine degli anni '60; dopo una prima stesura incompleta nel 1978 e in seguito alla pubblicazione della ICDH, nel 1982 viene nuovamente pubblicato in forma più definita; questo metodo è utilizzato attualmente oltre che in Germania in Slovenia, in Belgio, in Svizzera e negli USA. In questo sistema vengono descritte con chiarezza quali sono le abilità residue della persona esaminata (profilo delle abilità); nel profilo dei requisiti invece, curato dal collocatore e dal datore di lavoro, vengono indicati i requisiti specifici del posto di lavoro. Per descrivere le più importanti funzioni di base, sono presi in esame 65 criteri elementari che comprendono tutte le funzioni rilevanti per le abilità e le esigenze; tali criteri sono suddivisi in 7 gruppi:

- a. estremità
- b. posture e motricità globale
- c. percezioni sensoriali
- d. abilità psicologiche
- e. comunicazione
- f. influenze ambientali
- g. caratteristiche decisionali.

In questo modo vengono compilate due tabelle perfettamente sovrapponibili, una per il profilo dei requisiti e l'altra per il profilo delle abilità; per ogni criterio esistono cinque livelli con punteggio da 0 a 3:

Punteggio:	Profilo delle ABILITA'	Profili dei REQUISITI
0	Abilità integra al 100%	È richiesta abilità integra
1	Abilità lievemente ridotta	È accettabile abilità lievemente ridotta
1.5	Abilità moderatamente ridotta	È accettabile attività moderatamente ridotta
2	Abilità notevolmente ridotta	È accettabile una capacità notevolmente ridotta
3	Abilità assente	Tale abilità non è richiesta

Il profilo delle abilità residue viene compilato dal medico, dallo psicologo, dall'operatore della formazione professionale, mentre il profilo dei requisiti viene compilato mediante l'osservazione diretta del posto di lavoro, ricercando la collaborazione dell'azienda.

Notiamo che il sistema di quantificazione delle abilità residue rispecchia i criteri indicati nella ICDH. Lo scopo principale dell'applicazione dell'EAM è quello di impedire, in caso di minorazioni esistenti, ulteriori effetti negativi intraprendendo misure riabilitative adatte.

Il Metodo ELHAN

Il metodo ELHAN, francese, partendo dalla compilazione di un profilo personale e un profilo lavorativo, si divide in tre livelli:

1. Il primo livello riguarda lo studio della MENOMAZIONE e consiste in una valutazione medica, psicosociale e professionale e inoltre del posto di lavoro e dell'ambiente;
2. Il secondo livello riguarda la disabilità e valuta le abilità residue
3. Il terzo livello definisce il grado di handicap in base ai dati raccolti precedentemente e valuta il reinserimento professionale, gli eventuali adattamenti necessari o l'individuazione di un nuovo impiego

Il Metodo JOULE

Joule è un nuovo sistema di valutazione della capacità funzionali della Valpar International Corporation. I test di valutazione delle capacità funzionali definiscono le abilità o le limitazioni funzionali di un individuo nel contesto di sicuri e produttivi incarichi di lavoro.

Il sistema Joule contiene un numero di protocolli standard somministrati in diverse sezioni in modo che siano appropriate alle necessità dei pazienti. Essi sono:

Compiti appesantiti	Tolleranza di posizioni
Dalla vita alla tibia (sollevare)	Inginocchiarsi
Dalla vita alla vita (sollevare)	Chinarsi
Dalla vita all'occhio (sollevare)	Stendersi (medio livello)
Trasporto unilaterale (destra) (sollevare)	Stendersi (elevato livello)
Trasporto unilaterale (sinistra) (sollevare)	Sedersi

Trasporto bilaterale Spingere tirare	Stare in piedi
Movimenti ripetitivi Camminare Salire le scale Salire una scala a pioli Stare in equilibrio Stare accovacciato Movimenti ripetitivi dei piedi Strisciare	Arto Superiore Presa (destra) Presa (sinistra) Coordinazione (destra) Coordinazione (sinistra)

Joule di Valpar è un sistema completamente integrato di disposizioni di lavoro ergonomicamente corrette e correnti e di più di 20 protocolli base a cui si accede tramite un software Windows. Il sistema fornisce molti piani di valutazione funzionale standard, ciascuno progettato per uno specifico gruppo di lavoro. Inoltre il "costruttore di piani di valutazione funzionale" può essere utilizzato per progettare dei piani particolareggiati. Il software elabora tutte le informazioni sul paziente dal momento della raccolta dati al momento della fine della relazione.

Joule è un metodo flessibile, che offre al terapeuta l'abilità di creare protocolli particolari per ciascun paziente a partire da quelli standard quando si costruiscono piani di valutazione funzionale; viene fornito un set di protocolli, l'hardware, il software, gli esercizi, l'assicurazione di qualità e i sistemi di supporto. Attualmente è disponibile solo per Canada e USA.

Il software velocizza il processo di raccolta qualitativa e quantitativa dei dati, includendo osservazioni oggettive e soggettive. Tutte le informazioni sono contenute in un dischetto di ciascun paziente. La relazione scritta contenuta nel dischetto evidenzia automaticamente i dati che mostrano chiaramente le abilità funzionali, **il confronto tra le abilità dei pazienti le richieste del lavoro** e la consistenza e la validità della partecipazione nel test di valutazione delle capacità funzionali.

Conclusioni.

Attualmente a livello Europeo la valutazione delle abilità residue finalizzata al reinserimento lavorativo viene affrontata necessariamente in équipe in quanto le problematiche sono vaste e riferibili non solo alla mancata abilità o partecipazione delle persone da esaminare, ma anche alle caratteristiche specifiche del posto di lavoro; gli aspetti strettamente legati alla clinica rappresentano quindi solo una parte della complessa valutazione. Negli Stati Uniti invece si è sviluppata una vera e propria gara nel ricercare e validare varie metodiche per la valutazione delle FCE (Functional Capacity Evaluation); durante questa ricerca sono venuti alla luce numerosi siti internet che vendono a caro prezzo metodiche ed apparecchiature, per lo più di tipo isocinetico o software sofisticati, che garantiscono una precisa valutazione di alcuni segmenti corporei o delle capacità attitudinali dei soggetti esaminati per un determinato tipo di lavoro: i motivi di tanto interesse sembrano però essere di natura economica più che filantropica.

Comunque tornando in Italia, e in Italia all'INAIL, nell'ambito del "Collocamento mirato" (ricollegandoci al Decreto Presidenziale del 13/01/2000), è stato varato un protocollo d'intesa tra INAIL e CONFINDUSTRIA.

L'INAIL istituirà presso ciascuna sede territoriale una **équipe** costituita da:

MEDICO LEGALE	MEDICO SPECIALISTA DELLA PATOLOGIA	MEDICO DEL LAVORO	ASSISTENTE SOCIALE
--------------------------	---	--------------------------	---------------------------

L'équipe si potrà avvalere di altre eventuali professionalità quali lo psicologo, il fisiatra, l'architetto, l'esperto in tecnologie riabilitative e/o di consulenze specialistiche interne (es. Centro Protesi di Budrio, Centro RTR di Lucca, Centro Riabilitativo di Volterra).

Inoltre si raccorderà con le strutture socio/sanitarie coinvolte nel progetto di reinserimento e predisporrà per ciascun utente un profilo medico-socio-professionale personalizzato. Probabilmente il futuro di questo tipo di valutazione sarà, a tempi brevi il riconoscimento di un sistema basato sulla sovrapposizione di due griglie valutative, una riferita al paziente e l'altra al posto di lavoro, realizzata da una apposita commissione, e un buon modello sembra essere il metodo EAM-Ertomis. In un futuro più remoto invece le informazioni oggettive riferite a queste problematiche verranno probabilmente dall'analisi biomeccanica che permetterà di stimare la cinematica e la dinamica delle singole articolazioni e di definire sia le relazioni tra menomazione e deficit dell'attività sia una valutazione delle abilità residue del soggetto rispetto ad un modello predefinito.