

# APPLICAZIONE DELLA CLASSIFICAZIONE ICF NELLA VALUTAZIONE DELLE CAPACITÀ RESIDUE DEL DISABILE DA LAVORO

E. ANSELMI\*, G. BONIFACI\*\*, P. CONTE\*\*\*, A. DECINA\*\*\*\*, M.R. MATARRESE\*\*\*\*\*

## Premessa

La classificazione Internazionale del Funzionamento, della disabilità e della Salute (ICF), tramite l'analisi delle varie componenti che la caratterizzano, evidenzia l'importanza di avvicinarsi alla disabilità facendo riferimento ai molteplici aspetti che la denotano come esperienza umana universale e propone un'analisi dettagliata delle possibili conseguenze sociali della disabilità avvicinandosi con umanità e rispetto alla condizione disabile[1].

È venuta gradualmente a delinearci, pertanto, una nuova modalità d'approccio valutativo medico-legale, o meglio, medico-sociale, del soggetto disabile, che si concretizzerà, alla fine di tale percorso dottrinario, nell'analisi dell'invalidità in senso positivo, ovvero delle capacità e potenzialità residue del disabile, piuttosto che del suo grado di invalidità[2].

Si è passati, quindi, dalla esclusiva valutazione dei bisogni del soggetto per fini talvolta esclusivamente economici, mediante un arido riconoscimento dello stato invalidante, all'analisi valutativa multi-disciplinare e multi-dimensionale della partecipazione del disabile nel mondo sociale - lavorativo e relazionale e dei suoi possibili progressi nell'integrazione.

Attraverso tale approccio, non più statico, ma dinamico e personalizzato, appare fortemente facilitata la collocazione del soggetto nel mondo del lavoro. Infatti, mediante un'analisi delle capacità residue dello stesso, risultano particolarmente agevoli sia l'individuazione del profilo lavorativo più idoneo che la pianificazione di eventuali percorsi riabilitativi, di riadattamento e riqualificazione volti ad incrementare le capacità residue e ad indirizzare queste verso una più ampia rosa di possibilità lavorative.[3]

\* Ricercatore Università di Roma "Tor Vergata" - Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni.

\*\* Sovrintendente Medico Generale Reggente - Sovrintendenza Medica Generale INAIL.

\*\*\* Dirigente medico II livello - Sovrintendenza Medica Generale INAIL.

\*\*\*\* Specialista Università di Roma "Tor Vergata" - Scuola di Specializzazione in Medicina Legale e delle Assicurazioni.

\*\*\*\*\* Dirigente medici I livello - Sede Roma/Nomentano INAIL.

Nei vari Paesi Europei si va sempre più affermando una valutazione non solo anatomo-funzionale ma globale, orientata anche verso ciò che il soggetto può effettivamente fare nella vita di tutti i giorni.

In Italia la L. 68/1999 ridisegna completamente il precedente impianto normativo<sup>1</sup> in tema di collocamento lavorativo dei soggetti disabili, attraverso una facilitazione dell'incontro tra domanda di lavoro da parte delle imprese e offerta proposta dal disabile. Il procedimento di avviamento al lavoro, infatti deve tener conto delle reali possibilità di inserimento del disabile nel ciclo produttivo di una determinata azienda, implementate anche da possibili percorsi formativi di qualificazione e riqualificazione, tesi ad accrescere capacità e competenze del soggetto, con maggiori opportunità di inserimento lavorativo<sup>2</sup>.

Nell'ambito di tale contesto normativo, dal canto suo l'INAIL da anni ha avviato un processo di revisione del proprio ruolo istituzionale e delle proprie funzioni attraverso l'inserimento di adeguati servizi finalizzati a garantire al lavoratore il massimo della tutela: dalla prevenzione, all'indennizzo, alla cura, fino al suo reinserimento nella vita lavorativa e sociale.[5]

In questa ottica l'Istituto sta ricostruendo l'intero modello del sistema assicurativo basato sulla "presa in carico" del lavoratore attraverso un'attività di coordinamento e integrazione di tutti i tipi di servizi realizzando, quindi, un sistema di tutela globale integrata.

L'INAIL, pertanto ha elaborato e sviluppato un proprio modello riabilitativo ispirato ai principi della legge quadro n.104/92, della legge 68/1999 e in linea con gli indirizzi del Ministero della Sanità in materia di riabilitazione. Tale modello è caratterizzato dall'essere "multidisciplinare", capace cioè di coniugare le diverse conoscenze professionali, quelle curative, terapeutiche, valutative dello stato psico-fisico-sociale, tecniche che permettono al disabile il conseguimento di una sempre maggiore autonomia.

Il modello di intervento prevede progetti riabilitativi individualizzati che definiscono per ogni singolo caso gli obiettivi e provvedimenti di sostegno e sono attuati da un'équipe multidisciplinare, che è presente in ogni Sede Provinciale INAIL ed è composta da un modulo di base che comprende il medico, l'assistente sociale e personale amministrativo e tutte le professionalità ritenute di volta in volta necessarie per la realizzazione del progetto riabilitativo individuato per l'infortunato tecnopatico.

1 Legge n. 482 del 1968 fondata su di una mera logica burocratica, impersonale, assistenzialistica, per nulla integrativa per il disabile.

2 Viene a delinarsi il "Collocamento mirato" definito dall'art. 2 della L. 68/99 come "*quella serie di strumenti tecnici e di supporto che permettono di valutare adeguatamente le persone con disabilità nelle loro capacità lavorative e di inserirle nel posto adatto, attraverso analisi dei posti di lavoro, forme di sostegno, azioni positive e soluzioni dei problemi (prima/ durante / dopo) connessi con gli ambienti, gli strumenti e le relazioni interpersonali sui luoghi quotidiani di lavoro e di relazione*".

È compito fondamentale ed esclusivo dell'equipe far in modo che gli interventi a favore dell'assicurato, sia di tipo sanitario che sociale, siano integrati e programmati in una visione complessiva ed armonicamente finalizzata all'obiettivo finale di ogni progetto riabilitativo che è il recupero sociale e lavorativo del disabile.[7] Per poter applicare un progetto di recupero socio-lavorativo efficace, il presupposto fondamentale è rappresentato dalla valutazione delle residue capacità lavorative dell'infortunato o per meglio dire dalla formulazione di una diagnosi funzionale che permetta sia l'iscrizione al collocamento mirato, sia l'avviamento al lavoro vero e proprio.[8]

Il Decreto Lgs. n. 81/2008, così come di recente modificato dal D. Lgs. 106/09, peraltro, introduce una nuova tipologia di "visita medica precedente alla ripresa del lavoro, a seguito di assenza per motivi di salute di durata superiore ai sessanta giorni continuativi, al fine di verificare l'idoneità alla mansione", che integra opportunamente lo scenario delle visite mediche finalizzate alla prevenzione e alla corretta ed adeguata attribuzione della mansione specifica per ogni singolo lavoratore.

In effetti, anche in questi casi, si tratta di intraprendere accertamenti sanitari al rientro al lavoro dopo prolungate assenze per malattia o per infortunio, al fine di stabilire tempestivamente il permanere o meno dell'idoneità specifica alla mansione da parte del lavoratore.

Infatti, in attesa della visita da parte del Medico Competente e del conseguente giudizio di idoneità, il lavoratore dovrebbe, a rigore, essere adibito ad una mansione per lo meno in teoria priva di rischi per la salute e la sicurezza.[9]

Alla luce di detto orientamento, in considerazione degli esiti derivanti da infortunio lavorativo o anche malattia comune, appare prospettabile l'utilizzo della classificazione ICF come una sorta di profilo dell'infortunato riguardante non più le sue disabilità ma le sue abilità residue, profilo questo, che potrebbe rappresentare un valido ausilio per il medico competente nella scelta di eventuali prescrizioni e/o cambi di mansione, nel momento in cui l'infortunato riprenda l'attività lavorativa.[10]

La scelta della classificazione ICF per la valutazione delle capacità residue dell'infortunato INAIL è basata su due assunti:

- L'ICF è un approccio alla disabilità che pone l'accento non più sulla *manca*za, quanto sulla necessità per la persona di superare il gap, dallo stato di salute e benessere, per porsi in modo quanto più operativo ed efficace nel suo rapporto con l'ambiente.
- Per la molteplicità e precisione degli ambiti che lo strumento di classificazione ICF indaga - Funzioni e strutture corporee; Attività e partecipazione; Fattori ambientali e personali - si ritiene la sua applicazione migliorativa dei percorsi di inclusione lavorativa messi in campo dagli attori che ne costituiscono la principale rete di sostegno.

Il suo utilizzo, infatti, restituisce un quadro straordinariamente fedele delle condizioni di funzionamento in cui si trova la persona, essendo la salute il risultato di un complesso rapporto tra mente, corpo, ambiente, contesti e cultura.[11]

## Scopo dello studio

Oggetto del presente studio è stato quello di validare l'attendibilità, in ambito INAIL, di una possibile applicazione della classificazione ICF ai fini della valutazione delle capacità residue del disabile da lavoro per intraprendere progetti di reinserimento lavorativo sempre più rispondenti alle reali esigenze e possibilità dell'infortunato.

## Sperimentazione

Sono stati arruolati nello studio soggetti che avevano riportato un infortunio sul lavoro durante il periodo compreso tra il 2001 e il 2009 afferenti alla sede INAIL Roma Nomentano.

Tale sede copre un bacino di utenza che si estende da Roma nord-est a Tivoli e Rieti con n. 13.635 nuovi casi di infortuni e malattie professionali denunciati per l'anno 2008.

## Criteri di arruolamento

La popolazione lavorativa è stata selezionata sulla base dei **postumi permanenti** (v. Tab. 1) da evento infortunistico, valutati in **danno biologico a partire dal 16%** (è stato selezionato solo un caso con un danno biologico pari all'8%) ed in base al **tipo di lesione interessante l'apparato osteoarticolare e neurologico** (v. Fig. 1).

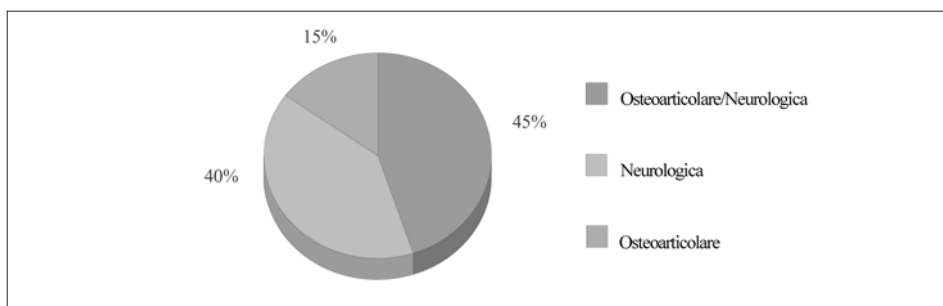


Fig. 1: Classificazione per tipo di lesione.

Nell'ambito degli infortunati sono stati arruolati nello studio n. 20 soggetti (M 17; F 3) di età compresa tra i 21 ed i 55 anni, rispondenti ai requisiti di inclusione considerati.

Di questi, n. 3 assicurati riportavano una lesione neurologica (pari al 15% del totale dei pazienti arruolati), n. 8 presentavano una lesione a carico dell'apparato osteoarticolare (pari al 40% del totale dei pazienti arruolati) e n. 9 presentavano lesioni complesse riguardanti entrambi gli apparati neurologico ed osteoarticolare (pari al 45% del totale dei pazienti arruolati). (v. Tab.1).

Tabella 1

*Classificazione casi arruolati.*

Caso	Sesso	Età	Tipo lesione	Danno all'integrità psicofisica (DB)	Distretto corporeo	Anno Infortunio
Caso n.1	M	32	Neurologica	100%	Colonna vertebrale	2007
Caso n.2	M	40	Neurologica	85%	Colonna vertebrale	2001
Caso n.3	M	41	Osteoarticolare/Neurologica	65%	Arto superiore dx	2007
Caso n.4	M	47	Osteoarticolare/Neurologica	45%	Arto inferiore sx	2006
Caso n.5	F	49	Osteoarticolare/Neurologica	28%	Arto superiore sx	2009
Caso n.6	M	28	Osteoarticolare	34%	Colonna vertebrale	2008
Caso n.7	F	44	Osteoarticolare	8%	Arto superiore dx	2009
Caso n.8	M	38	Osteoarticolare	16%	Arto superiore dx	2008
Caso n.9	M	57	Osteoarticolare	16%	Colonna vertebrale, arto sup dx	2008
Caso n.10	F	55	Osteoarticolare/Neurologica	16%	Arti superiori	2008
Caso n.11	M	27	Neurologica	16%	Arto superiore dx	2007
Caso n.12	M	49	Osteoarticolare	21%	Arti superiori e arto inf. Sx	2008
Caso n.13	M	42	Osteoarticolare/Neurologica	50%	Colonna vertebrale, spalla dx	2007
Caso n.14	M	37	Osteoarticolare/Neurologica	41%	Colonna vertebrale, arto sup. sx	2001
Caso n.15	M	44	Osteoarticolare/Neurologica	48%	Arti inferiori, arto superiore dx	2001
Caso n.16	M	35	Osteoarticolare	45%	Arto inferiore sx	2006
Caso n.17	M	52	Osteoarticolare/Neurologica	48%	Colonna vertebrale	2007
Caso n.18	M	36	Osteoarticolare/Neurologica	64%	Colonna vertebrale, arto sup. sx	2002
Caso n.19	M	42	Osteoarticolare	35%	Colonna vertebrale, arto sup.e inf. Sx	2007
Caso n.20	M	21	Osteoarticolare	20%	Colonna vertebrale, torace, bacino	2009

Tutti i soggetti sono stati sottoposti a visita al fine di valutare dettagliatamente la diagnosi di disabilità in anamnesi e le capacità lavorative residue in relazione alle attività di lavoro alle quali potevano essere destinati.

Per la valutazione delle capacità residue è stata quindi utilizzata la classificazione ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) che espone un modello bio-psico-sociale della disabilità prendendo in considerazione gli aspetti contestuali della persona e del suo stato di salute in relazione all'ambiente, dando una nuova definizione alla disabilità intesa come una condizione di salute in ambiente sfavorevole. La chiave di lettura risulta non la disabilità, ma la salute in relazione all'ambiente e le capacità residue, concetto che consente di stabilire ciò che un individuo, in relazione al proprio stato di salute, può e/o non può fare.[12] Tutti i 20 pazienti sono stati sottoposti alla valutazione delle capacità residue mediante la Checklist ICF .[13]

## Risultati

Analizzando la situazione lavorativa in seguito all'evento infortunistico, su un totale di 20 pazienti arruolati, n. 9 (45% del campione) non hanno ripreso alcuna attività lavorativa, di questi n. 1 infortunato è risultato incollocabile, (per il quale era stato riconosciuto un D. B. pari al 100%) e n. 8 (40% del campione) sono stati licenziati in seguito all'infortunio lavorativo (valutati con un D. B. compreso tra il 16 e l'85%), in quanto non più in grado di svolgere la loro mansione specifica e non ricollocabili nello stesso ambito lavorativo; n. 11 assicurati (55% del campione) sono invece risultati in grado di riprendere l'attività lavorativa di cui n. 7 con la stessa mansione (valutati con un D.B. compreso tra l'8 e il 48%) con la stessa mansione, n. 2 sono risultati in grado di riprendere l'attività lavorativa con la stessa mansione ma con prescrizioni da parte del medico competente (valutati con un D.B. compreso tra il 16 e il 45%) e n. 2 (valutati con un D.B. compreso tra il 28 e il 50%), hanno cambiato mansione nello stesso ambito lavorativo attraverso l'intervento del medico competente. (v. Tab. 2).

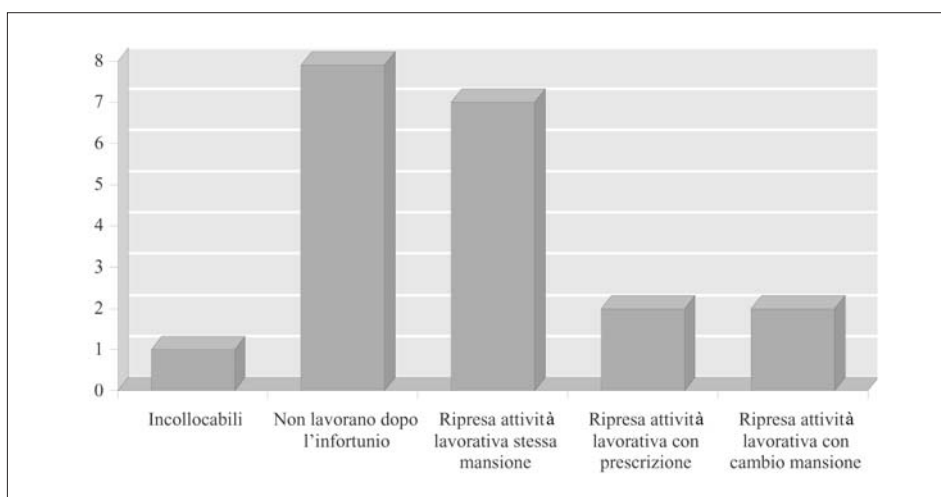
Tabella 2

Situazione lavorativa

Incollocabili	Non lavorano in seguito all'evento infortunistico	Ripresa attività lavorativa con stessa mansione	Ripresa attività lavorativa stessa mansione con prescrizione	Ripresa attività lavorativa con cambio mansione
Caso n.1 (D.B.100%)	Caso n.2 (D.B.85%) Caso n.3 (D.B.65%) Caso n.9 (D.B.16%) Caso n.14 (D.B.41%) Caso n.16 (D.B.45%) Caso n.17 (D.B.48%) Caso n.18 (D.B.64%) Caso n.19 (D.B.35%)	Caso n.6 (D.B.34%) Caso n.7 (D.B.8%) Caso n.8 (D.B.16%) Caso n.10 (D.B.16%) Caso n.12 (D.B.21%) Caso n.15 (D.B.48%) Caso n.20 (D.B.20%)	Caso n.4 (D.B.45%) Caso n.11 (D.B.16%)	Caso n.5 (D.B.28%) Caso n.13 (D.B.50%)

All'interno dei casi selezionati va evidenziata la presenza di un caso di incollocabilità lavorativa (valutato con postumi permanenti pari al 100%) in cui, a causa della lesione riportata (tetraplegia completa) e sulla base della valutazione delle capacità residue è emerso che l'unica forma di reinserimento lavorativo possibile sarebbe stata nell'ambito del telelavoro, a cui però il paziente non è apparso interessato. Va altresì segnalata la presenza di un caso in cui non sono rispettati i criteri di inclusione (D.B. a partire dal 16%) per non escludere quei casi che necessitano comunque di ricollocamento lavorativo ma che tale situazione risulta dissonante con la valutazione della disabilità in termini percentualistici.

Situazione lavorativa dopo l'infortunio



Dall'osservazione delle risultanze della checklist ICF (Appendice n.1), il primo dato che è emerso è la netta discordanza tra l'entità dei postumi permanenti valutati in danno biologico e la effettiva percezione della disabilità da parte dell'assicurato, indagata analizzando le capacità residue di ogni paziente, emerse attraverso la classificazione ICF. Si è osservato infatti che pazienti con lo stesso grado di postumi permanenti possono in realtà presentare capacità funzionali residue profondamente differenti a seconda dell'ambiente di vita dell'infortunato e che anche la medesima lesione può produrre quadri di disabilità che possono variare da persona a persona con conseguenti risvolti nella vita sociale e lavorativa.

Ne consegue che l'effetto di tutti quei fattori ambientali che di per sé sono indipendenti dalle condizioni di salute del soggetto, vanno a ripercuotersi su di esse potenziandone e/o ostacolandone le varie attività e funzioni.

Analogamente, analizzando il caso valutato con postumi permanenti pari all'8% D.B., si rileva che nonostante il danno valutato da un punto di vista strettamente medico-legale, sia certamente inferiore rispetto agli altri casi, la disabilità accusata dal paziente in relazione alla ripresa dell'attività lavorativa, in questo caso possa essere ritenuta considerevole. Si tratta di una paziente, destrimane, portatrice di una lesione al capo lungo del muscolo bicipite destro con ripercussioni a carico della cuffia dei rotatori, che proprio a causa della menomazione riportata e del tipo di attività lavorativa svolta, ovvero quella di parrucchiera, ha riferito credibili difficoltà nella ripresa lavorativa.

Analizzando i profili ICF ottenuti per ogni paziente è stato possibile evidenziare che tutti coloro che, per motivi legati alle condizioni di salute sopraggiunte in seguito all'evento infortunistico, **non sono stati in grado di riprendere** alcuna attività lavorativa (tranne ovviamente il caso di incollocabilità), nonostante le lesioni riportate spesso anche molto gravi, conservano in realtà un'ampia gamma di "abilità" che se opportunamente focalizzate e potenziate anche attraverso i bisogni all'interno del luogo di lavoro (es. ausili personali e/o specifici per il lavoro), possono consentire l'attuazione di progetti di ricollocamento personalizzati volti al reinserimento lavorativo dell'infortunato in attività e/o mansioni rispondenti alle capacità/abilità del singolo assicurato (v. Tab. 3).

Tabella 3

*Abilità residue*

Attività e Partecipazione	Caso 2	Caso 3	Caso 9	Caso 14	Caso 16	Caso 17	Caso 18	Caso 19
d110 Guardare								
d115 Ascoltare								
d140 Leggere								
d145 Scrivere								
d175 Risoluzione di problemi								
d210 Intraprendere un compito singolo								
d220 Intraprendere compiti articolati								
d310 Comunicare con messaggi verbali								
d315 Comunicare con messaggi non verbali								
d330 Parlare								
d350 Conversazione								
d430 Sollevare e trasportare oggetti	3 4	2 3	1 2	2 2	2 3	2 3	2 3	2 2
d440 Uso fine della mano	2 3	2 3	0 1	2 3			2 2	1 2
d450 Camminare	4 4				3 3	2 3		
d465 Spostarsi usando apparecchiature/ausili	0 1				1 2	1 3		
d470 Usare un mezzo di trasporto	1 4	0 1		0 1	1 1	1		
d4751 Guidare	0 4	0 1	0 1	1 0	1 1	0 2	3 1	1 1

I valori numerici riportati in tabella corrispondono ai qualificatori relativi rispettivamente alla “performance” intesa come problema nell’ambiente attuale della persona, ed alla “capacità” intesa come limitazione senza assistenza ove:

- 0 nessun problematica
- 1 problema lieve
- 2 problema medio
- 3 problema grave
- 4 problema completo

Si tratta di casi in cui, in seguito alle lesioni riportate, risultano compromesse per lo più funzioni relative alla motricità, mentre appaiono del tutto conservate abilità relative alla comunicazione, alla risoluzione di problemi, alla lettura, alla scrittura ed al calcolo.

L'applicazione dell'ICF ha dunque consentito di evidenziare che in tali categorie bisognerebbe puntare su progetti di reinserimento volti, non tanto al recupero di quelle abilità che consentivano lo svolgimento dell'attività lavorativa precedentemente all'infortunio e che attualmente risultano compromesse, ma soprattutto al potenziamento di quelle abilità di tipo "intellettuale" che ancora sono validamente presenti, al fine di indirizzare l'infortunato verso corsi di formazione ed ottenere una qualifica lavorativa rispondente alle sue esigenze.

Per quanto riguarda gli infortunati che **hanno ripreso l'attività lavorativa** in seguito all'infortunio, va preliminarmente rilevato che la totalità di essi (11 pazienti) ha riferito una **ripresa lavorativa difficoltosa** proprio in conseguenza delle condizioni di salute derivanti dall'evento infortunistico e che n. 2 hanno ottenuto un **cambio di mansione** e n. 2 hanno ricevuto **prescrizioni** da parte del medico competente.

I restanti hanno comunque ripreso la **medesima attività lavorativa pur lamentando serie difficoltà**.

Da quanto emerso dalla Checklist ICF appare che le difficoltà riferite sono del tutto credibili e che se da un lato le abilità residue sono tali da consentire l'espletamento della stessa attività lavorativa effettuata prima dell'infortunio è altrettanto vero che ciò avviene con un maggior dispendio di energie rispetto ad un lavoratore sano. Da ciò la necessità, ove possibile, di ricorrere ad un cambio di mansione e/o a prescrizioni da parte del medico competente e/o ad ausili personalizzati nel luogo di lavoro.[14]

In tal senso, con il presente studio si vuole proporre l'utilizzo dell'ICF nella misurazione delle capacità residue come una sorta di "profilo" che segue il lavoratore durante tutta la sua vita lavorativa e che, senza dubbio potrebbe rappresentare un parametro di riferimento anche per il medico competente che si troverà a dover affrontare la ripresa lavorativa dell'infortunato.

## Conclusioni

L'introduzione della classificazione ICF potrebbe rappresentare un parametro valutativo integrativo rispetto alla sola valutazione del danno biologico ponendo l'attenzione non più solo su una valutazione della riduzione della integrità psicofisica dell'assicurato ma su una classificazione che tenga conto della salute del lavoratore insieme ai fattori personali e socio-ambientali in cui la sua attività lavorativa si esplica. Pertanto, l'utilizzo dello strumento ICF proposto dalla OMS e quindi l'individuazione dei codici di classificazione (funzioni corporee, attività e partecipazione e fattori ambientali) possono dare indicazioni sul percorso lavorativo da intraprendere ai fini del ricollocamento dell'invalido del lavoro.

Si tratta cioè di porre l'accento non solo su ciò che si è perso in termini di disabilità in conseguenza dell'evento infortunistico, ma anche su ciò che si possiede

ancora in termini di abilità residue; sono queste ultime che determinano la caratterizzazione del risultato, prodotto dalla disabilità, in un determinato soggetto che deve rapportarsi in un contesto familiare, sociale e lavorativo.

Le capacità funzionali residue sono infatti la risultanza di una serie di fattori tra cui le condizioni di salute del soggetto, l'ambiente in cui esso vive, i suoi rapporti sociali, la sua attività lavorativa ecc. Come emerso dal presente studio, persone con la medesima lesione possono infatti presentare gradi di disabilità estremamente differenti e persone con la stessa disabilità, possono altresì presentare diverse abilità residue.

Lo strumento ICF permette dunque di creare una classificazione universalmente valida delle abilità residue dell'infortunato da utilizzare oltre che in ambito indennitario anche e soprattutto quale parametro guida in un progetto di reinserimento lavorativo personalizzato.

L'inserimento lavorativo dei soggetti portatori di disabilità si caratterizza per alcuni aspetti del tutto peculiari rispetto al normale ingresso al lavoro del soggetto non svantaggiato.

Di solito, l'analisi della mansione lavorativa e dei rischi occupazionali ad essa correlati si fonda su criteri, metodi e livelli di accettabilità riferiti alle possibilità di inserimento professionale di un lavoratore tipo che si trova in buone condizioni psico-fisiche di salute e che, per questa ragione, può essere adibito a tutte le attività di lavoro che comportano un livello di esposizione ai fattori di rischio occupazionali inferiori ai valori di accettabilità.

Nel caso dell'inserimento lavorativo di soggetti portatori di disabilità, come nel caso di infortunati INAIL, i consueti processi di valutazione del rischio non possono essere sufficienti dal momento che ci troviamo di fronte a soggetti tecnopatici che, in ragione del loro "svantaggio", si trovano in una condizione di ipersuscettibilità rispetto a fattori occupazionali di rischio accettabili per il lavoratore sano.

Nella valutazione del rischio è quindi necessario procedere ad uno studio accurato e particolare di tutti gli aspetti della mansione lavorativa, spesso apparentemente non rilevanti, che possono risultare non congrui in rapporto allo stato di salute del lavoratore che ha subito un evento dannoso o, addirittura, che possono scompensare un equilibrio psico-fisico che spesso è stato faticosamente o precariamente raggiunto.[15]

Nel reinserimento dell'invalido del lavoro non si può prescindere dalla figura del medico competente che dovrà in primis valutare il luogo di lavoro e la possibile esposizione a rischi per il lavoratore al fine di poter esprimere un giudizio di compatibilità alla mansione specifica.

In seguito l'attenzione andrà posta sulle condizioni di salute dell'infortunato da reinserire, analizzando le sue capacità psicofisiche in relazione alla mansione specifica, al fine di esprimere un giudizio di idoneità.

Il ruolo della classificazione ICF nella misurazione delle capacità residue è pro-

prio quello di fornire al medico competente uno strumento che gli premetta di inserire l'infortunato in una delle seguenti categorie:

- A) soggetto che, pur con le limitazioni derivanti dalla menomazione o disabilità, è in grado di svolgere l'attività lavorativa come ogni altro lavoratore;
- B) soggetto che può svolgere l'attività lavorativa come qualunque altro lavoratore se vengono eliminate alcune barriere architettoniche o tecnologiche o se vengono adottati particolari ausili;
- C) soggetto che nonostante gli adattamenti citati, non raggiunge i livelli di operatività degli altri lavoratori ma può comunque esercitare una attività accettabile;
- D) soggetto che, per la gravità della disabilità, non può essere collocato in attività comuni, ma può trovare un'ideale collocazione in attività protette, eventualmente con assistenza;
- E) soggetto che non può essere inserito in alcuna attività lavorativa per tipologia e gravità della disabilità.

In conclusione, il ruolo della nuova classificazione ICF nella valutazione delle capacità residue si inserisce in tutti i processi di tutela della salute dei lavoratori e principalmente nel reinserimento lavorativo degli assicurati INAIL portatori di disabilità conseguenti ad eventi infortunistici, con lo scopo di finalizzare con successo non solo il reinserimento lavorativo mirato dei lavoratori svantaggiati, ma anche i supporti organizzativi, psicologici e tecnici necessari per tutelare nel tempo la salute dei lavoratori e prevenire situazioni occupazionali che possano favorire condizioni di scompenso dell'equilibrio raggiunto dal lavoratore sia nell'ambiente occupazionale che in quello extra-lavorativo.

## RIASSUNTO

Gli Autori descrivono la validità della Classificazione ICF nella valutazione della disabilità da lavoro, considerando in particolare l'utilità della identificazione delle capacità residue in sostituzione della valutazione percentualistica della menomazione. Lo studio ha riguardato n.20 soggetti afferenti alla sede INAIL di RM/Nomentano e che hanno riportato danni da infortunio lavorativo, incidenti sull'sistema osteoarticolare e neurologico, con disabilità compresa tra il 16% ed il 100%. L'applicazione dell'ICF ha consentito la valutazione delle abilità residue di tali infortunati, non solo negli aspetti riguardanti la menomazione ma anche e soprattutto nei bisogni reali, ponendo l'accento sulla tutela globale dell'infortunato da lavoro. Lo scopo a cui si è pervenuti è quello di finalizzare con successo non solo il reinserimento lavorativo del lavoratore affetto da disabilità, ma anche di fornire quei supporti organizzativi psicologici e tecnici utili a prevenire situazioni di scompenso sia nell'ambiente occupazionale che in quello extralavorativo.

## SUMMARY

The Authors describe the validity of the ICF ( OMS' International Classification of Functioning, Disability and Health ) in the assessment of work disability, in particular considering the identification's useless of spare capacities in replacement of impairment's in terms of percentage assessment. The study has regarded n.20 subjects related to INAIL RM / Nomentano . The reported result from work injury, to the neurological and osteoarticular apparatus, whose impairment to the psychological and physical integrity, was superior at 16%. The ICF application has enabled the evaluation of working disabled people's residual abilities, into the matters relating to the disability but also and overall in the real needs, with emphasis on the protection of the injured work. The purpose achieved was the successful finalization of the return at work targeted at the disadvantaged worker and even the supplying to those organizational and psychological's supports.

## BIBLIOGRAFIA

[1] WORLD HEALTH ORGANIZATION: *The International Classification of Functioning, Disability and Health*, Ginevra; WHO; 2001.

[2] ANSELM E., IUGOLI A.R., SACCO A.: *Nuove prospettive nel reinserimento lavorativo del disabile*, in *Rivista degli Infortuni e Malattie Professionali*, Fasc. n. 3: 2008, 505-515.

[3] ANSELM E., LAZZAZZERA D.: *L'idoneità psocofisica nella normativa vigente. Trattato di Medicina Legale e Scienze Affini*, Vol. II Cap. CCXXXIX, 993-1133, CEDAM, Padova, 2005.

[4] BUCCIARELLI P.: *L'accessibilità degli ambienti di lavoro. Aspetti progettuali e psico-relazionali dell'inserimento lavorativo di uomini e donne con disabilità*, Guerini e Associati, 2004.

[5] INAIL: Delibera del C.D.A. n. 695 del 30 novembre 2000: *Regolamento di attuazione del Decreto Legislativo 23/2/00 n. 38 art. 24, recante norme su: "Progetti formativi e per l'abbattimento delle barrire architettoniche"*.

[6] MINISTERO DEL LAVORO E DELLA PREVIDENZA SOCIALE - DIREZIONE GENERALE PER L'IMPIEGO: *Disciplina generale del collocamento obbligatorio - Assunzioni obbligatorie. Indicazioni operative in materia di accertamenti sanitari e di asse-gno di incollocabilità*, 10 luglio 2001, n. 66.

- [7] WITTENBERG R.: *L'attività dell'INAIL per favorire la riqualificazione degli infortunati*, <http://anmil.it/obtutela3-02/art.2.asp>.
- [8] ZANETTI M.: *Progetto Start - La proposta dell'INAIL per un modello di riqualificazione professionale personalizzata del disabile del lavoro*, [http://www.inail.it/Friuli/iniziative\\_in\\_regione/start\\_rel.zanetti.htm](http://www.inail.it/Friuli/iniziative_in_regione/start_rel.zanetti.htm)
- [9] LAI M.: *Sopravvenuta inidoneità del lavoratore allo svolgimento delle mansioni*, in *Dir. Prat. Lav.*, 1999, 38, 2684.
- [10] LUDOVICO L.: *L'evoluzione della giurisprudenza in materia di sopravvenuta impossibilità della prestazione lavorativa*, in *Dir. Rel. Ind.*, 2001, 1, 117.
- [11] OMS ORGANIZZAZIONE MONDIALE DELLA SANITÀ: *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, ED. Italiana curatrice Dott. M. LEOPARDI, Ed. Erickson, 2004.
- [12] CIEZA A., STUCKI G.: *The International Classification of Functioning Disability and Health its development process and content validity*, *Eur. J. Phys. Rehabil. Med.*, 2008; 44:303-13.
- [13] BRUYERE S.M., VAN LOOY SA, PETERSON D.:  
*The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF): Contemporary literature overview*, *Rehabil. Psychol.*, 2005; 50: 113-21.
- [14] ANSELMINI E., ROMANO B., SACCO A.: *L'applicazione dei principi ergonomici nel collocamento mirato degli invalidi*, Atti del VI Convegno Nazionale di Medicina Legale Previdenziale, S. Margherita di Pula, 18-20 ottobre 2006.
- [15] BERGAMASCHI A., PICCIOTTO D.: *Disability and work: fitness for work judgement*, in *Med. Lav.*, 2006; 97, 3: 501 - 508.