



La **Terapia Occupazionale (TO)**, sin dalle sue origini, si è basata su modelli teorici focalizzati sull'occupazione, la partecipazione e il contesto ambientale della persona. Parallelamente, l'**International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)** – in italiano *Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute* – è emersa nei primi anni 2000 come quadro di riferimento globale per descrivere la salute e la disabilità in ottica bio-psico-sociale. L'ICF, adottata ufficialmente dall'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001, fornisce un linguaggio standard per classificare il funzionamento delle persone, tenendo conto non solo delle condizioni di salute ma anche **delle attività, della partecipazione e dei fattori ambientali**. Questo approccio riconosce che *il funzionamento di un individuo avviene in un contesto*, includendo quindi elementi ambientali e personali nella valutazione.

Negli ultimi decenni si è osservato un **progressivo avvicinamento tra i modelli propri della TO e la struttura concettuale dell'ICF**, in risposta alla necessità di una maggiore coerenza e standardizzazione nel descrivere gli esiti funzionali. In altri termini, i concetti chiave elaborati nei modelli di TO hanno trovato corrispondenze nell'ICF, e viceversa, portando a una *convergenza teorico-pratica*. Questo articolo analizza l'evoluzione di tale convergenza, focalizzandosi su tre modelli di TO ampiamente diffusi – il **Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E)**, il **Model of Human Occupation (MOHO)** e il **Person–Environment–Occupation–Performance model (PEOP)** – in rapporto con la cornice ICF. Inoltre, verranno presentati esempi concreti di strumenti valutativi occupazionali (come la **Canadian Occupational Performance Measure – COPM** e l'**Assessment of Motor and Process Skills – AMPS**) mappati sui codici ICF, con riferimento alle evidenze scientifiche disponibili. Infine, si discuteranno un caso applicativo significativo emerso dalla letteratura e le recenti **implicazioni normative**, incluse le politiche italiane (es. *D.Lgs. 62/2024*) e internazionali, che rendono cruciale questa integrazione teorico-pratica.

Convergenze concettuali tra modelli di Terapia Occupazionale e ICF

I modelli teorici della TO offrono ciascuno una prospettiva specifica sulla relazione tra la persona, le attività significative (occupazioni) e il contesto. Pur nati indipendentemente dall'ICF, molti elementi concettuali mostrano corrispondenze con la struttura dell'ICF, segno di una convergenza evolutiva. In particolare, i modelli **MOHO**, **CMOP-E** e **PEOP** – sviluppati rispettivamente da Gary Kielhofner e coll., dagli studiosi canadesi guidati da Elizabeth Townsend e Helene Polatajko, e da Charles Christiansen e Carolyn Baum – condividono con l'ICF l'enfasi su aspetti quali la **partecipazione alle occupazioni** e l'importanza dei **fattori ambientali** sul funzionamento.

- **Il MOHO e il concetto di partecipazione:** Il Model of Human Occupation (MOHO) considera l'essere umano come un sistema aperto dinamico in cui **volizione, abitudini (habituation) e capacità di performance** interagiscono per produrre il comportamento occupazionale (Kielhofner, 2008). Un concetto centrale del MOHO è la *partecipazione occupazionale*, definita come il coinvolgimento in occupazioni significative nella propria vita quotidiana. Questo concetto rispecchia da vicino la

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



nozione di **“partecipazione” dell’ICF**, intesa come il prendere parte ad una “situazione di vita” (ad esempio partecipare a ruoli lavorativi, familiari, sociali). Studi recenti hanno esplorato come la *partecipazione* dell’ICF si relazioni al concetto di *occupazione* nei modelli di TO: Larsson-Lund e Nyman (2017), ad esempio, hanno confrontato l’uso del termine partecipazione nel MOHO rispetto ad altri modelli, evidenziando differenze di enfasi ma anche **sostanziali sovrapposizioni** con il significato adottato dall’ICF. Il MOHO riconosce esplicitamente il ruolo del **contesto ambientale** (fisico e sociale) nel influenzare l’occupazione; ciò corrisponde ai *Fattori Ambientali* dell’ICF, inclusi prodotti e tecnologia, supporto sociale, atteggiamenti e strutture ambientali. Una differenza è che il MOHO approfondisce aspetti motivazionali intrinseci (volizione, interessi, valori) non formalmente codificati nell’ICF (che li relega ai fattori personali non classificati). Ciononostante, l’inclusione nel MOHO del concetto di *occupational participation* ha anticipato e poi integrato la dimensione della partecipazione descritta dall’ICF, rendendo i due approcci complementari nello spiegare il funzionamento umano.

- **Il CMOP-E e la struttura dell’ICF:** Il Canadian Model of Occupational Performance and Engagement (CMOP-E) propone una visione centrata sull’interazione dinamica tra **Persona, Ambiente e Occupazione**, con la spiritualità posta al centro della persona come forza motivazionale. Le occupazioni vengono categorizzate in tre ambiti di vita: Cura personale, Produttività e Tempo libero. Questa tripartizione copre gran parte delle aree di *Attività e Partecipazione* definite dall’ICF (es. **cura di sé, vita domestica, lavoro, tempo libero**, ecc.). Ad esempio, *l’occupational performance* nel dominio della cura personale del CMOP-E corrisponde alle attività di auto-accudimento classificate dall’ICF (capitolo d5 Attività di auto-cura) e alla partecipazione alle routine di vita quotidiana. Un aspetto distintivo del CMOP-E è l’attenzione ai **fattori ambientali e sociali** anche su scala macroscopica: il modello incoraggia il terapeuta a considerare non solo l’ambiente fisico immediato, ma anche fattori istituzionali e culturali che influenzano la partecipazione. Ciò è perfettamente in linea con l’ICF, che include fra i Fattori Ambientali sia elementi del micro-ambiente (es. casa, famiglia) sia del macro-sistema (es. politiche, cultura). Townsend e Polatajko (2007) sottolineano inoltre principi di **giustizia occupazionale e empowerment**, invitando i terapeuti a promuovere cambiamenti sociali per rimuovere barriere occupazionali. Tali concetti, sebbene vadano oltre la classificazione ICF in senso stretto, ne condividono la filosofia di fondo: *spostare l’attenzione dal deficit individuale alla relazione tra individuo e contesto*, in linea con il modello sociale della disabilità promosso anche a livello internazionale (ONU, 2006).
- **Il PEOP e l’approccio bio-psico-sociale:** Il modello Person–Environment–Occupation–Performance (PEOP) descrive il funzionamento in termini di *fattori della Persona, fattori Ambientali, Occupazioni e Performance/Partecipazione*. Questo modello, soprattutto nelle versioni più recenti (es. edizione 2015), adotta una terminologia molto vicina a quella dell’ICF. I **fattori intrinseci della persona** nel PEOP (neurocomportamentali, fisiologici, cognitivi, spirituali, psicologici) richiamano da vicino le categorie delle **Funzioni corporee** e dei fattori personali dell’ICF; i **fattori estrinseci ambientali** del PEOP includono aspetti fisici, sociali e politici analoghi ai Fattori Ambientali dell’ICF; infine, la

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



performance occupazionale nel PEOP (ovvero l'atto di svolgere compiti e ruoli in contesti specifici) coincide sostanzialmente con il dominio *Attività e Partecipazione* dell'ICF. Gli autori del PEOP dichiarano esplicitamente che le componenti primarie del modello sono *allineate con la terminologia sia della terapia occupazionale sia dell'ICF*, rendendo il PEOP particolarmente adatto ad essere utilizzato in contesti interdisciplinari e per applicazioni flessibili. Questa allineabilità facilita la **mappatura reciproca**: ad esempio, analizzando un caso clinico con il PEOP, un terapeuta può descrivere i fattori che facilitano o ostacolano la performance utilizzando direttamente i codici ICF corrispondenti (es. una limitazione in "Forza muscolare degli arti inferiori" può essere riportata come *ICF b730*, un ostacolo ambientale come l'accessibilità dell'abitazione come *ICF e155*). In sintesi, il PEOP incarna pienamente il paradigma bio-psico-sociale condiviso dall'ICF, sottolineando sia le capacità della persona sia le caratteristiche dell'ambiente che insieme determinano la **performance occupazionale**.

Queste convergenze teoriche non implicano che i modelli di TO e l'ICF siano sovrapponibili in toto: **permangono differenze di scopo e granularità**. I modelli di TO guidano il ragionamento clinico, enfatizzano il significato soggettivo delle occupazioni e forniscono mappe concettuali dettagliate (ad es. il MOHO dettaglia i processi volitivi, il CMOP-E include la spiritualità). L'ICF, d'altro canto, è uno **strumento tassonomico** che offre categorie standard per descrivere il livello di funzionamento in vari domini, principalmente a fini di documentazione e comunicazione interprofessionale. Tuttavia, proprio grazie alle aree concettuali condivise (persona – attività/occupazione – partecipazione – ambiente), è diventato sempre più naturale e fruttuoso usare **congiuntamente** i modelli di TO e l'ICF: i modelli garantiscono che l'intervento resti centrato sulla persona e sulle sue occupazioni significative, mentre l'ICF fornisce un **linguaggio comune** per descrivere obiettivi, valutazioni e risultati in modo confrontabile e riconosciuto a livello internazionale (Maritz et al., 2018).

Strumenti valutativi della Terapia Occupazionale mappati sui codici ICF

La convergenza tra la pratica occupazionale e l'ICF si osserva concretamente anche nella **mappatura di strumenti valutativi** della TO sui codici ICF. Numerosi studi hanno collegato gli item o i risultati di valutazioni occupazionali alle categorie dell'ICF, permettendo di tradurre gli esiti specifici della TO in termini standardizzati di funzionamento. Di seguito analizziamo due strumenti emblematici – il COPM e l'AMPS – evidenziando come i loro contenuti possano essere ricondotti all'ICF.

Canadian Occupational Performance Measure (COPM): Il COPM è un'intervista semi-strutturata, centrata sul cliente, che identifica le aree problematiche di performance occupazionale percepite dalla persona (in qualunque ambito della vita), e ne misura la percezione di performance e soddisfazione. Dato che il COPM *non utilizza item predeterminati*, ma genera elenchi di attività significative riportate dal cliente, esso produce risultati altamente personalizzati. **Un aspetto notevole è che tali problemi di performance possono essere tutti descritti tramite i codici dell'ICF**, coprendo un ampio ventaglio di domini di attività e

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



partecipazione. Uno studio di linking ha mostrato che *ogni esempio di obiettivo occupazionale emerso dal COPM è associabile ad almeno una categoria ICF*, in particolare rientrando nei capitoli dell'ICF relativi alle Attività e Partecipazione. In pratica, se un cliente identifica come prioritario “fare il bagno in autonomia”, il terapeuta può mappare questo obiettivo nella categoria **ICF d510 – Lavarsi il corpo**; un problema di “difficoltà nel vestirsi” corrisponde alla categoria **d540 – Vestirsi**; un’attività come “preparare i pasti” viene ricondotta a **d630 – Preparare i pasti** (vita domestica), e così via. Grazie a questa mappatura, il significato occupazionale rilevato con il COPM può essere tradotto nel linguaggio comune ICF, facilitando la comunicazione con altri professionisti e l’integrazione dei dati in documentazione clinica standard. Va sottolineato che il COPM, mantenendo un approccio client-centered, consente di considerare anche aspetti soggettivi di importanza per la persona (es. il ruolo, il significato attribuito all’attività) che l’ICF di per sé non classifica; tuttavia, la *combinazione* COPM-ICF risulta potente perché unisce la prospettiva individualizzata all’universalità tassonomica. Non sorprende quindi che il COPM sia spesso utilizzato in progetti di ricerca e clinici per definire obiettivi riabilitativi in termini di partecipazione misurabili secondo l’ICF (Ramström et al., 2022).

Assessment of Motor and Process Skills (AMPS): L’AMPS è una valutazione osservazionale delle abilità motorie e di processo durante l’esecuzione di attività di vita quotidiana (Activities of Daily Living, ADL). A differenza del COPM, l’AMPS fornisce una misura standardizzata delle *abilità di performance* (come coordinazione motoria, sequenziamento delle azioni, uso di oggetti, ecc.), valutando **16 abilità motorie** e **20 abilità di processo** durante compiti significativi scelti dal paziente (ad es. preparare un pasto semplice, riordinare la casa, vestirsi). Quando si tenta di mappare i risultati dell’AMPS sull’ICF, emergono interessanti considerazioni: essendo l’ICF focalizzata su attività e partecipazione a un livello relativamente generale, molte abilità elementari valutate dall’AMPS **non trovano una corrispondenza uno-a-uno diretta nei codici ICF**. Maritz et al. (2018) riportano che solo una piccola parte degli item AMPS può essere collegata in modo equivalente a singole categorie ICF. In particolare, in quell’analisi **solo 3 abilità e 5 compiti dell’AMPS** risultavano mappabili esattamente su codici ICF. Ad esempio, l’abilità di “afferrare e manipolare oggetti” osservata dall’AMPS può riferirsi in ICF a una categoria come *d440 – Usare mani per movimenti fini*; tuttavia, molte abilità di processo (es. *sequenziare correttamente le azioni, monitorare la propria performance*) non hanno un equivalente specifico nell’ICF, se non riferendosi a descrittori generali di attività cognitive. Questo parziale disallineamento evidenzia come **l’ICF si concentri su attività e partecipazione a livello di compito o ruolo**, mentre strumenti come l’AMPS valutano *componenti più fini della performance* all’interno di quelle attività. L’integrazione dei due approcci è comunque fruttuosa: l’AMPS aggiunge dettagli sulla qualità dell’esecuzione che arricchiscono l’informazione ottenuta tramite l’ICF, mentre l’ICF fornisce un quadro d’insieme per collocare i deficit di abilità in termini di impatto sulle attività quotidiane e sulla partecipazione sociale. In altre parole, se un paziente ottiene punteggi AMPS che indicano problemi di pianificazione motoria e organizzazione (*motor planning*), il terapeuta occupazionale potrà tradurre questi risultati segnalando, nel profilo ICF, limitazioni in categorie come *d220 – Realizzare*

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



compiti multipli o d230 – Organizzare e svolgere la routine quotidiana, offrendo così al team riabilitativo interdisciplinare un riferimento comprensibile a tutti.

Va notato che esistono **altri strumenti** della TO mappati o sviluppati in logica ICF. Ad esempio, il **Model of Human Occupation Screening Tool (MOHOST)** – una checklist derivata dal MOHO – è stato anch'esso collegato all'ICF (Maritz et al., 2018), mostrando corrispondenze per molti item relativi alla motivazione, al pattern di attività e all'ambiente. Inoltre, l'ICF ha ispirato la creazione di checklist e core set specifici utilizzati dai terapisti occupazionali per valutare condizioni come l'ictus, le lesioni midollari, i disturbi di sviluppo, in cui vengono selezionate le categorie ICF più pertinenti a quella popolazione. Questi esempi confermano come la **mappatura tra strumenti di TO e ICF** stia diventando prassi comune sia nella ricerca che nella clinica: ciò *garantisce che le valutazioni occupazionali possano essere tradotte in indicatori di funzionamento riconosciuti a livello internazionale*, facilitando confronti di efficacia e comunicazione tra servizi.

Esempi di integrazione modello TO-ICF nella pratica

Un caso di integrazione pratica di TO e ICF è il progetto di Paltrinieri et al. (2022) presso l'AUSL-IRCCS di Reggio Emilia, focalizzato sul **reinserimento lavorativo dei cancer survivors** attraverso l'ICF. Hanno adattato il **Core Set ICF per la Riabilitazione Vocazionale** alla popolazione oncologica (*CS-VR-Onco*), tramite cinque focus group con 17 sopravvissuti e un'intervista a 11 stakeholder. Il risultato è stato un checklist di **85 categorie ICF** che rispecchia le esperienze reali di ritorno al lavoro, con enfasi su *funzioni mentali, esercizio e tolleranza, relazioni interpersonali e attitudini ambientali*.

In uno studio successivo di validazione trasversale (Paltrinieri et al., 2024), il **CS-VR-Onco** ha discriminato efficacemente fra sopravvissuti con e senza difficoltà di reinserimento e fra chi aveva o meno ricevuto chemioterapia, confermando la **validità concorrente** dello strumento. Gli autori evidenziano che l'approccio ICF:

1. **Definisce in modo completo il funzionamento lavorativo**, andando oltre la diagnosi clinica.
2. **Facilita la comunicazione interprofessionale** (medici del lavoro, psicologi, datori di lavoro).
3. **Supporta la progettazione di interventi personalizzati**, incentrati su barriere/facilitatori ambientali.

Il progetto illustra come un intervento di TO (vocational rehabilitation centrata sull'occupazione) possa **sfruttare la tassonomia ICF** per guidare l'intero processo: valutazione, goal setting, intervento e monitoraggio. Soprattutto, dimostra il potenziale della TO nel tradurre i domini ICF in azioni concrete che migliorano la partecipazione lavorativa dei sopravvissuti al cancro.

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



Allo stesso modo, diversi progetti di ricerca hanno impiegato core sets ICF specifici (insiemi selezionati di categorie ICF rilevanti per una certa patologia) per valutare l'efficacia di interventi di terapia occupazionale: ne è altro esempio, core set ICF per l'ictus o la sclerosi multipla vengono utilizzati per mappare i risultati di programmi di vocational rehabilitation, fornendo evidenza del miglioramento del funzionamento in domini quali la mobilità, le attività domestiche, le relazioni interpersonali, ecc. In tali studi, l'adozione del framework ICF facilita la comparazione dei risultati e l'aggregazione dei dati a fini epidemiologici o di health services research, dimostrando l'impatto della terapia occupazionale su indicatori riconosciuti internazionalmente (Finger et al., 2014).

Quindi, l'integrazione tra modelli di terapia occupazionale e ICF nella pratica clinica si traduce in **valutazioni e interventi più completi e documentati**, che guardano oltre il deficit per abbracciare la partecipazione attiva della persona nei contesti di vita. Gli esempi applicativi confermano che i terapisti occupazionali possono utilizzare l'ICF senza snaturare il proprio approccio client-centered; al contrario, l'ICF può amplificarne la portata, offrendo un ponte linguistico e concettuale verso altri professionisti e verso le istanze organizzative e politiche.

Implicazioni normative

La crescente integrazione tra modelli di TO e ICF è rispecchiata e promossa anche da recenti sviluppi **normativi e di policy**, sia a livello nazionale che internazionale. Tali sviluppi riconoscono il valore di un modello bio-psico-sociale della disabilità e richiedono l'adozione di strumenti come l'ICF nei processi valutativi e di presa in carico, confermando la necessità di un allineamento teorico-metodologico in ambito riabilitativo.

In **Italia**, un passo fondamentale in questa direzione è rappresentato dal **Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62**, attuativo della Legge Delega sulla disabilità (L. 227/2021). Questo decreto ha introdotto una **nuova definizione di disabilità** e ha riformato le procedure di accertamento e di progettazione degli interventi per le persone con disabilità, adottando esplicitamente l'ICF come riferimento. In particolare, l'art. 4 del d.lgs. 62/2024 stabilisce che *a decorrere dal 1° gennaio 2025 sarà utilizzata l'ICF ai fini della valutazione di base dello stato di disabilità*. Ciò significa che la valutazione multidimensionale della persona con disabilità dovrà essere effettuata secondo le *indicazioni dell'ICF*, abbandonando il linguaggio medico-descrittivo tradizionale in favore di termini come **funzionamento, capacità, performance, barriere e facilitatori**. Di conseguenza, cambieranno sia le definizioni che i criteri di accertamento: la persona con disabilità non verrà più definita in base a percentuali di invalidità o terminologie di "handicap", ma attraverso un **profilo di funzionamento ICF**, che identifichi le sue capacità residue e i sostegni necessari nei vari domini di vita. Ad esempio, la commissione valutatrice dovrà individuare *i deficit delle funzioni e strutture corporee che ostacolano l'agire della persona in termini di capacità secondo l'ICF*, nonché *le barriere e i facilitatori ambientali rilevanti*, e determinare il livello di supporto necessario in base ai domini

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



di attività e partecipazione dell'ICF. Viene anche previsto l'uso congiunto dell'ICF con l'ICD (International Classification of Diseases) per avere un quadro completo di salute e funzionamento. Questa riforma normativa – in linea con i principi della **Convenzione ONU sui Diritti delle Persone con Disabilità (2006)** – sancisce istituzionalmente l'importanza di un approccio multidimensionale: per i terapeuti occupazionali, in particolare, rappresenta un riconoscimento del loro modo abituale di operare (centrato sull'interazione persona-occupazione-ambiente) e al contempo una sfida, poiché richiede di formalizzare i risultati delle loro valutazioni e interventi nel **linguaggio ICF dei codici**. Strumenti valutativi come il COPM, l'AMPS e altri, opportunamente mappati sull'ICF, divengono quindi cruciali per documentare il contributo del TO nel dialogo con le nuove *unità di valutazione multidisciplinare* previste dalla normativa. Inoltre, il decreto fa riferimento all'utilizzo di questionari standardizzati basati sull'ICF, come ad esempio la **WHODAS 2.0 (WHO Disability Assessment Schedule)**, per oggettivare la valutazione del funzionamento e delle restrizioni partecipative. In ambito scolastico italiano, l'ICF era già entrata nelle prassi attraverso il *Profilo di Funzionamento* introdotto dal d.lgs. 66/2017 e dal D.M. 182/2020 per l'inclusione scolastica: l'esperienza maturata nelle équipes inclusive (dove l'ICF è utilizzata per descrivere le abilità dello studente e i facilitatori/barriere all'apprendimento) ha probabilmente facilitato l'estensione di questo approccio a tutto il sistema di accertamento della disabilità.

Su un piano **internazionale**, l'ICF è oggi adottata in moltissimi Paesi come standard per la classificazione della disabilità e viene incoraggiata dalle principali organizzazioni sanitarie globali. L'Organizzazione Mondiale della Sanità promuove l'ICF non solo come strumento clinico, ma anche come mezzo per raccogliere dati comparabili sulla disabilità a livello di popolazione e per orientare le politiche sanitarie. Il *framework* ICF è diventato un linguaggio comune tra professioni diverse (medici, terapeuti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, psicologi, assistenti sociali, insegnanti di sostegno, ecc.), favorendo un vero approccio **interprofessionale** al funzionamento umano. In questo contesto, la Terapia Occupazionale ha tratto vantaggio dall'adozione diffusa dell'ICF, poiché molti dei suoi concetti chiave (occupazione, contesto, partecipazione) sono finalmente compresi e integrati in documenti ufficiali e protocolli interdisciplinari. Ad esempio, in programmi di **riabilitazione domiciliare** o di rientro al lavoro, l'ICF viene usata come struttura per identificare non solo le menomazioni cliniche ma anche gli ostacoli ambientali e le limitazioni nelle attività quotidiane; i terapeuti occupazionali, esperti in analisi dell'attività, risultano essenziali nel valutare e intervenire su questi aspetti, e grazie all'ICF possono comunicare i propri risultati in termini di outcome funzionali (es. autonomia domestica, coinvolgimento sociale) che i decisori politici e gli enti finanziatori riconoscono come indicatori di successo. Organizzazioni professionali come la **World Federation of Occupational Therapists (WFOT)** hanno espresso posizioni di sostegno all'uso dell'ICF, incoraggiando i propri membri a contribuire allo sviluppo di core set ICF e alla ricerca sulla validità degli strumenti di terapia occupazionale in relazione all'ICF (WFOT, 2012). La stessa letteratura scientifica di TO ha visto crescere le pubblicazioni che collegano interventi occupazionali agli esiti misurati secondo l'ICF, segno di una tendenza verso la standardizzazione dei modi di riportare i benefici della terapia occupazionale.

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



In prospettiva, questa integrazione tra modelli di TO e ICF rappresenta un **vantaggio sia per la disciplina che per le persone servite**. Per la disciplina, significa maggiore visibilità e rilevanza: parlare la lingua comune dell'ICF permette di dimostrare l'efficacia della terapia occupazionale nei termini richiesti dai sistemi sanitari e socio-assistenziali attuali (funzionamento, autonomia, partecipazione sociale). Per le persone con disabilità, significa ricevere valutazioni e progetti riabilitativi che considerano **tutti gli aspetti della vita**, garantendo interventi mirati non solo alle funzioni perse ma anche al raggiungimento di una partecipazione piena ed effettiva nei vari contesti (famiglia, lavoro, comunità). Inoltre, un sistema basato sull'ICF facilita la **continuità dell'assistenza**: ad esempio, quando una persona transita dall'ospedale al territorio, il profilo ICF compilato dall'ospedale può essere compreso e utilizzato dai servizi territoriali (centri diurni, servizi sociali, ecc.), assicurando coerenza negli obiettivi e negli interventi. In questo senso, l'integrazione tra modelli di TO e ICF non è solo un esercizio teorico, ma un elemento chiave di qualità e di equità nei servizi.

Conclusioni

In conclusione, il legame tra i modelli teorico-pratici della Terapia Occupazionale e l'ICF si è fatto negli anni sempre più stretto, alimentato sia da esigenze interne alla professione (dimostrare efficacia, comunicare con altri professionisti, abbracciare una visione olistica della persona) sia da spinte esterne del contesto socio-sanitario (nuove normative, orientamenti internazionali verso il modello bio-psico-sociale). Si evidenzia come diversi modelli della TO – **MOHO, CMOP-E, PEOP** – abbiano integrato concetti affini a quelli dell'ICF (in primis la *partecipazione occupazionale* e i *fattori ambientali*) e possano essere utilizzati in modo complementare alla classificazione internazionale per guidare la pratica clinica. Strumenti di valutazione di terapia occupazionale come il **COPM** e l'**AMPS** possono essere mappati sui codici ICF, permettendo di tradurre bisogni e performance individuali in un formato standard, senza perdere la ricchezza informativa propria dell'approccio centrato sulla persona. Le evidenze dalla letteratura confermano che l'utilizzo dell'ICF nell'intervento di terapia occupazionale consente di pianificare interventi mirati e di documentarne gli esiti in maniera **trasparente e condivisibile**, a beneficio del paziente e dell'équipe riabilitativa. Infine, l'adozione formale dell'ICF in normative e politiche – emblematico il recente d.lgs. 62/2024 in Italia – rende ancora più cruciale questa integrazione: i terapeuti occupazionali sono chiamati a farsi protagonisti nell'attuare tali politiche, forte della loro expertise nel connettere la salute con la vita quotidiana della persona. In un contesto globale che punta a *“vedere la persona oltre la malattia”* (riferendosi al motto dell'ICF: **“vedere oltre la condizione clinica, guardando al funzionamento nella società”**), la Terapia Occupazionale e l'ICF appaiono come **alleati naturali** nel promuovere la piena partecipazione e la qualità di vita delle persone con disabilità.

Riferimenti bibliografici

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

E-mail/sito web:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



- **Baum, C. M., & Christiansen, C. H. (2005).** *Person-Environment-Occupation-Performance: An Occupation-Based Framework for Practice*. In C. H. Christiansen & C. M. Baum (Eds.), *Occupational Therapy: Performance, Participation, and Well-Being* (3rd ed., pp. 242-266). Thorofare, NJ: SLACK Incorporated.
- **Decreto Legislativo 3 maggio 2024, n. 62. (2024).** *Definizione della condizione di disabilità, della valutazione di base...* Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana, 14 maggio 2024, n.111.
- **Finger, M. E., Escorpizo, R., Bostan, C., & De Bie, R. (2014).** Work Rehabilitation Questionnaire (WORQ): Development and preliminary psychometric evidence of an ICF-based questionnaire for vocational rehabilitation. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 24(3), 498-510.
<https://doi.org/10.1007/s10926-013-9485-2>
- **Kielhofner, G. (2008).** *Model of Human Occupation: Theory and Application* (4th ed.). Baltimore: Lippincott Williams & Wilkins.
- **Larsson-Lund, M., & Nyman, A. (2017).** Participation and occupation in occupational therapy models of practice: A discussion of possibilities and challenges. *Scandinavian Journal of Occupational Therapy*, 24(6), 393-397. <https://doi.org/10.1080/11038128.2016.1267257>
- **Law, M., Cooper, B., Strong, S., Stewart, D., Rigby, P., & Letts, L. (1996).** The Person-Environment-Occupation Model: A transactive approach to occupational performance. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 63(1), 9-23. <https://doi.org/10.1177/000841749606300103>
- **Maritz, R., Baptiste, S., Darzins, S., Magasi, S., Weleschuk, C., & Proding, B. (2018).** Linking occupational therapy models and assessments to the ICF to enable standardized documentation of functioning. *Canadian Journal of Occupational Therapy*, 85(4), 330-341.
<https://doi.org/10.1177/0008417418797146>
- **Paltrinieri, S., Costi, S., Pellegrini, M., Díaz Crescitelli, M. E., Vicentini, M., Mancuso, P., ... Ghirotto, L. (2022).** Adaptation of the Core Set for Vocational Rehabilitation for Cancer Survivors: A qualitative consensus-based study. *Journal of Occupational Rehabilitation*, 32(4), 718-730.
<https://doi.org/10.1007/s10926-022-10033-y>
- **Paltrinieri, S., Pellegrini, M., Costi, S., Fugazzaro, S., Vicentini, M., Mancuso, P., & Giorgi Rossi, P. (2024).** Validating the Core Set for Vocational Rehabilitation in a population of cancer survivors: A cross-sectional study. *Journal of Occupational Rehabilitation*. <https://doi.org/10.1007/s10926-024-10252-5>
- **Ramström, T., Wangdell, J., Reinholdt, C., & Bunketorp-Käll, L. (2022).** Linking prioritized occupational performance in patients undergoing spasticity-correcting upper limb surgery to the International Classification of Functioning, Disability and Health. *Occupational Therapy International*, 2022, 8741660. <https://doi.org/10.1155/2022/8741660>

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it



- **Townsend, E. A., & Polatajko, H. J.** (2007). *Enabling Occupation II: Advancing an Occupational Therapy Vision for Health, Well-being & Justice through Occupation*. Ottawa: CAOT Publications.
- **United Nations.** (2006). *Convention on the Rights of Persons with Disabilities (CRPD)*. New York, NY: United Nations. (Ratified by Italy with L.18/2009).
- **World Health Organization (WHO).** (2001). *International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF)*. Geneva: WHO.

AITO Associazione Italiana di Terapia Occupazionale

Associazione Tecnico-Scientifica delle professioni sanitarie (legge 8 marzo 2017, n. 24, art.5 e decreto ministeriale 2 agosto 2017. determina Ministero della Salute del 23 settembre 2021)

Sede legale e recapito postale:

Via Angelo Emo144, 00136 Roma

E-mail/sito web:

ufficiopresidenza@aito.it / www.aito.it