

ASPETTI TERMINOLOGICI E TRADUTTIVI DELL'ICF (CLASSIFICAZIONE INTERNAZIONALE DEL FUNZIONAMENTO, DELLA DISABILITÀ E DELLA SALUTE)

Inga Wagner
SSLMIT, Università di Trieste

Abstract

The paper describes the International Classification of Functioning (ICF), published in 2001 by the World Health Organisation. Based on a thorough revision of a former classification (the International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps of 1980), the ICF is used mainly in the field of health and disability. The revision process that took place between the two classifications led to profound changes and is here characterised as an evolution as far as both content and terminological aspects are concerned. In particular, the terminological innovations the ICF presents regard not only the terms themselves but also the terminological principles underlying the classification. The paper also looks at the ICF as an example of terminological standardisation, discussing problems that are generally linked to standardisation in fields other than manufacturing and the hard sciences. Finally, a few hints are made to the process whereby the ICF was translated into other languages and some translated terms are discussed with particular reference to German and Italian.

1. Introduzione

L'ICF appartiene alla "famiglia" delle classificazioni internazionali sviluppate dall'Organizzazione Mondiale della Sanità in vista di una loro applicazione a vari aspetti della salute. Si tratta di uno strumento utilizzato per descrivere, misurare e classificare salute e disabilità. Tramite l'ICF è possibile ricavare informazioni strutturate sulla salute sia a livello delle funzioni (inclusa la sfera mentale) e delle strutture dell'organismo umano, sia a livello dell'attività di una persona e della sua partecipazione alle situazioni di vita. Contrariamente all'ICD-10 (sigla di *International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems*, ora in vigore nella sua decima edizione), forse la più nota tra le classificazioni internazionali dell'OMS, nella quale vengono

classificate *le condizioni di salute*¹ in quanto tali (malattie, disturbi, lesioni ecc.), nell'ICF vengono invece classificati il *funzionamento* e la *disabilità* associati alle *condizioni di salute*. Le due classificazioni insieme costituiscono uno strumento per descrivere e mettere a confronto salute, morbilità e mortalità delle popolazioni in un contesto internazionale.

Pur trovando applicazione soprattutto nell'ambito della riabilitazione, l'ICF non è stata sviluppata soltanto per la prassi riabilitativa, bensì anche per essere applicata ai più vari ambiti dell'assistenza e della politica sanitaria. Come esplicitamente dichiarato nella classificazione stessa, essa fungerà sia da strumento clinico che da strumento statistico, di ricerca e di formazione (cfr. OMS 2002: 13). Avrà estrema importanza come strumento di politica sociale (ad esempio nell'elaborazione dei programmi di previdenza sociale, dei sistemi di indennizzazione e degli schemi di valutazione nell'assicurazione sanitaria) nonché ricadute su altri settori quali il lavoro, la legislazione, l'economia.

2. L'ICF come evoluzione dell'ICIDH

La ICF segue la ICIDH, la Classificazione Internazionale delle Menomazioni, delle Disabilità e degli Handicap (*International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*) che fu pubblicata per la prima volta nel 1980 come versione per la sperimentazione sul campo. Nel 1993 venne ristampata con l'aggiunta di una prefazione e fu deciso di avviare un processo di revisione durante il quale sono stati apportati molteplici cambiamenti finché, dopo varie fasi di sperimentazione sul campo, l'Assemblea Mondiale della Sanità approvò nel maggio del 2001 la prima versione della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, accettata da 191 paesi.

L'ICF si basa sul cosiddetto modello "biopsicosociale" della disabilità, derivante dall'integrazione del modello "medico" e quello "sociale", due modelli concettuali opposti tra di loro. Il primo vede la disabilità come un problema dell'individuo, causato direttamente da malattie, traumi ecc., che necessita dunque di interventi che mirano alla cura delle condizioni che comportano la disabilità oppure ad un adattamento da parte della persona. Secondo il modello sociale, invece, la disabilità è in primo luogo creata dalla società e deriva da un problema di integrazione in quest'ultima. La disabilità, quindi, non è la caratteristica di un individuo, ma piuttosto il risultato di una complessa interazione di condizioni, molte delle quali sono create dall'ambiente

1 "[T]ermine ombrello per malattia (acuta o cronica), disturbo, lesione o trauma. Può inoltre comprendere altre circostanze come la gravidanza, l'invecchiamento, lo stress, un'anomalia congenita o una predisposizione genetica" (OMS 2002: 168).

sociale. Ne risulta che è necessario intervenire con azioni volte a favorire l'integrazione delle persone in tutte le sfere della vita sociale.

L'ICIDH non poteva rispecchiare in modo adeguato il modello biopsicosociale perché non teneva minimamente conto del ruolo che gioca l'ambiente fisico o sociale nel contesto della disabilità. Essa considerava di fatto, anche se non era sua intenzione, il mondo fisico e sociale come fisso e immutabile e non riconosceva dunque l'esistenza di barriere o facilitatori sociali, fattori questi che sono invece all'origine della disabilità. Come scrive Leonardi, curatrice della versione italiana dell'ICF, con l'ICIDH era possibile definire il livello di capacità di un individuo, ma risultava impossibile determinare se questa capacità fosse il risultato di un intervento sulla persona (grazie alla riabilitazione, per esempio) o se fosse, al contrario, il risultato di un intervento sull'ambiente fisico o sociale, ad esempio grazie all'installazione di un ascensore (cfr. Leonardi 2000: 13). Tale mancanza può essere considerata dunque uno dei principali difetti dell'ICIDH.

In quest'ultima le condizioni di un individuo erano considerate essenzialmente attraverso tre dimensioni: dal punto di vista del corpo in quanto strutture e funzioni, da quello individuale in quanto capacità di eseguire attività e da una prospettiva sociale. Nella classificazione originaria (WHO 1980) queste tre dimensioni erano definite come segue.²

Impairment: In the context of health experience an impairment is any loss or abnormality of psychological, physiological or anatomical structure or function.

Disability: In the context of health experience a disability is any restriction or lack (resulting from an impairment) of ability to perform an activity in the manner or within the range considered normal for a human being.

Handicap: In the context of health experience a handicap is a disadvantage for a given individual, resulting from an impairment or a disability, that limits or prevents the fulfilment of a role that is normal (depending on age, sex, and social and cultural factors) for that individual.

Il problema era che tali aspetti stavano in una relazione causale-lineare fra di loro, in quanto la malattia o il disturbo causava la menomazione, che poteva portare alla disabilità e poi all'handicap oppure direttamente all'handicap. Questo lasciava al lettore l'impressione che l'handicap fosse una disabilità complessa con conseguenze sul ruolo sociale dell'individuo. L'ambiente, come

2 Nell'ICIDH il termine *disablement* era utilizzato come sovraordinato per i tre termini *impairment*, *disability* e *handicap*. Sia *disablement* sia *disability* venivano tradotti in italiano con il termine *disabilità* creando una polisemia all'interno della classificazione italiana.

si è detto, non giocava apparentemente nessun ruolo. Su tali premesse si è dunque deciso di avviare una revisione della classificazione.

Le tre dimensioni descritte sopra sono state sostanzialmente mantenute, ma sono state ristrutturare e classificate in maniera indipendente l'una dall'altra e quindi non stanno più in una relazione causale né lineare tra loro. Inoltre i termini impiegati nella precedente versione sono stati sostituiti da termini neutri. Vale a dire, se prima le strutture e funzioni fisiologiche e anatomiche potevano essere espresse soltanto in termini negativi, riferendosi ai deficit (appunto le *menomazioni*), il livello del corpo corrisponde adesso ai termini *funzioni corporee*³ e *strutture corporee*,⁴ termini neutri che possono descrivere anche le risorse; per riferirsi ad un “problema nella funzione o nella struttura del corpo, inteso come una deviazione o una perdita significativa”, viene utilizzato il termine *menomazione*. La dimensione della *disabilità* è stata sostituita dalla componente dell'*attività* intesa come “l'esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo”; nella sua accezione negativa, viene utilizzato il termine *limitazione dell'attività* (“difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire un'attività”). Analogamente, al termine precedente *handicap* corrispondono i termini *partecipazione* in quanto “coinvolgimento di una persona in una situazione di vita” (OMS 2002: 16) e *restrizione della partecipazione*, ossia “problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita” (OMS 2002: 16).

L'insieme delle due componenti descritte finora (cioè *funzioni e strutture corporee* da un lato e *attività e partecipazione* dall'altro) nella sua espressione positiva viene raccolto sotto il termine *funzionamento*, mentre in accezione negativa viene espresso con il termine *disabilità*; *funzionamento* e *disabilità* costituiscono la Parte 1 della classificazione.

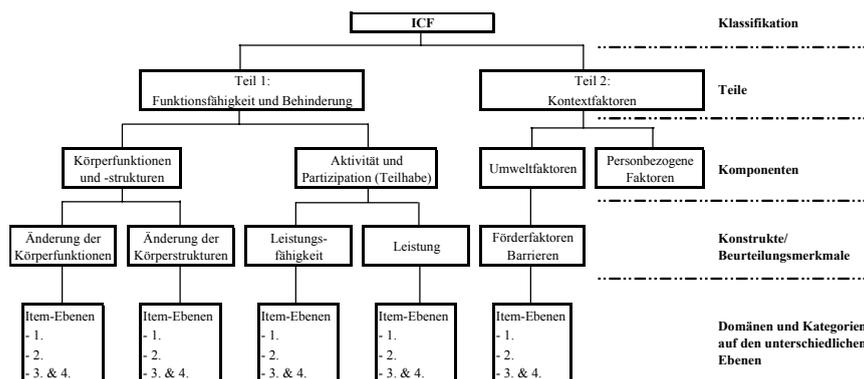
L'innovazione più significativa riguarda sicuramente l'introduzione di una quarta componente, costituita dai *fattori ambientali e personali*, denominati insieme *fattori contestuali*, che costituiscono la Parte 2 della classificazione. Con *fattori ambientali* si intendono sia l'ambiente fisico e le sue caratteristiche, sia atteggiamenti e valori, sistemi sociali e servizi, politiche, regole e leggi. Essi vengono rappresentati in forma di elenco e interagiscono con tutte le componenti del *funzionamento* e della *disabilità* e infatti possono avere ripercussioni positive (*facilitatori*) o negative (*barriere*) sullo stato di salute. Sesso, età, stile di vita, formazione ecc. sono *fattori personali*, non classificabili ed elencabili a causa della loro grande varietà, che sono stati introdotti

3 “[F]unzioni fisiologiche dei sistemi corporei (incluse le funzioni psicologiche)” (OMS 2002: 16).

4 “[P]arti anatomiche del corpo, come gli organi, gli arti e le loro componenti” (OMS 2002: 16).

comunque come seconda componente per la grande influenza che esercitano sulla salute.

Per riassumere, può essere utile il seguente schema, tratto dalla versione tedesca della classificazione, che rappresenta la ICF nel suo ordine gerarchico:



3.1. L'aspetto terminologico dell'ICF

Oltre ai contenuti e alla loro strutturazione, la revisione della classificazione ha riguardato anche gli aspetti più strettamente linguistici e terminologici, operazione ritenuta necessaria per rispettare uno degli scopi costitutivi della classificazione stessa, ovvero quello di permettere la comunicazione in materia di salute e di assistenza sanitaria tra diverse comunità socio-culturali e tra varie scienze e discipline (cfr. OMS 2002: 13).

Come si è visto, nel passaggio dall'ICIDH all'ICF alcuni concetti fondamentali (ovvero il livello del corpo, quello individuale, quello sociale) sono stati sostanzialmente mantenuti, ma rinominati con termini più neutri dal punto di vista connotativo. Dal punto di vista linguistico, tuttavia, l'elemento più importante della revisione sembra essere non tanto la modifica di singoli termini, quanto l'esplicita introduzione di una riflessione di carattere teorico e generale sul rapporto tra i concetti oggetto della classificazione e gli elementi linguistici usati per designarli. Il lavoro di revisione ha riguardato, in altre parole, la terminologia in almeno due delle tre accezioni che è possibile assegnare a questo termine (cfr. l'Introduzione in Magris *et al.* 2002). Se da un lato si è dunque fatto lo sforzo di intervenire su singoli termini, dall'altro tale sforzo appare sorretto dalla volontà di identificare criteri di denominazione e di definizione più sistematici e in larga parte ispirati ai principi della terminologia come disciplina.

In numerosi casi, del resto, nella vecchia classificazione erano state rilevate delle vere e proprie incongruenze terminologiche. Infatti nell'ICF (cfr. Leonardi 2000: 13) si afferma in riferimento alla versione precedente,

il fatto che il modello di *impairment*, *disability* e *handicap* non è stato applicato in modo omogeneo nella classificazione, creando ovviamente una notevole confusione, fu dovuto, come ha mostrato un'analisi retrospettiva, principalmente all'ambiguità del linguaggio impiegato nella classificazione.

Andando più in dettaglio il problema può essere localizzato proprio nel tipo di definizione che la ICIDH ha adottato per queste tre categorie, ossia utilizzando un termine nelle definizioni di un altro. Il risultato era che

certi passaggi suggerivano che le persone sono 'handicappate' a causa delle loro menomazioni e che l'handicap è causato dalla disabilità a sua volta causata dalla menomazione. (Leonardi 2000: 13)

Nella nuova classificazione si è cercato di evitare errori simili. Le dimensioni che contiene sono state classificate e definite "[...] in maniera indipendente l'una dall'altra. Pertanto un termine incluso in una di queste componenti non è poi stato ripetuto in un'altra di esse" (OMS 2002: 167). La necessità di evitare definizioni circolari è ormai ampiamente riconosciuta in terminologia (cfr. ad esempio Cabré 1999: 107) e diventa un criterio al quale ora anche le definizioni impiegate nella classificazione devono conformarsi (cfr. OMS 2002: 172).

La classificazione stessa dedica un intero allegato all'aspetto terminologico ("Problemi tassonomici e terminologici") nel quale accanto alla definizione di *termine* in quanto "designazione di concetti definiti mediante espressioni linguistiche particolari, come parole o locuzioni" (OMS 2002: 167) vengono elencate le caratteristiche alle quali le definizioni impiegate nella classificazione dovrebbero corrispondere, caratteristiche che sono sostanzialmente in linea con i principi generali che governano le definizioni nella terminologia classica (cfr. Cabré 1999: 105-107; Sager 1990: 24-44; Temmerman 2000: 8-9). Così le definizioni devono, ad esempio, identificare unicamente il concetto a cui si riferisce la categoria; devono presentare attributi essenziali del concetto sia impliciti che espliciti; non devono essere circolari; devono essere coerenti con gli attributi sia dei termini subordinati sia di quelli sovraordinati (cfr. OMS 2002: 170-172).

Riassumendo, sembra dunque lecito affermare che la ICF rispecchia e mette in pratica quelli che possiamo definire i principi classici della terminologia. Essa può essere così vista come esempio per dimostrare come la terminologia può trovare applicazione nella prassi e come i suoi principi o la loro mancata

applicazione possono addirittura determinare in parte la riuscita o – come nel caso dell'ICIDH – il fallimento di una determinata classificazione.

3.2. La classificazione in quanto standardizzazione

Nell'introduzione alla classificazione viene specificato che

[l]o scopo generale della classificazione ICF è quello di fornire un linguaggio standard e unificato che serva da modello di riferimento per la descrizione della salute e degli stati ad essa correlati. (OMS 2002: 11)

Solitamente siamo abituati a pensare alla standardizzazione terminologica in riferimento alla standardizzazione di prodotti industriali e commerciali (cfr. Cabré 1999: 200), ossia a termini che si riferiscono ad oggetti concreti o magari a norme di certificazione della qualità (cfr. Sager 1990: 124). Tuttavia i presupposti della standardizzazione terminologica, intesa come

acte par lequel un organisme officiel définit une notion et un term pour désigner de préférence à un autre ou à l'exclusion de tout autre, dans une o plusieurs langues (Boutin-Quesnel *et al.* 1985: 31, citati in Pearson 1998: 22)

che ha lo scopo di facilitare la comunicazione tra esperti, sono validi anche per la classificazione in oggetto, pur trattandosi di un settore del tutto diverso.

In più, oggi si è generalmente d'accordo nell'affermare che la standardizzazione non è più esclusivo dominio degli ambiti tecnico-scientifici, ma che “[t]erminological standardization is a concern of all special fields, i.e. humanities and social sciences as well as scientific-technical subjects” (Cabré 1999: 200). La necessità di standardizzazione pare addirittura maggiore proprio in quei settori e spesso la sua mancanza costituisce

un vero problema non solo per i comunicatori ‘indiretti’ come i traduttori ma anche per gli specialisti che, il più delle volte, non dispongono di strumenti terminografici adeguati a guidarli nella scelta di una variante piuttosto che un'altra. (Scarpa 2002: 33)

È tuttavia evidente che in settori quali ad esempio le scienze sociali o anche la terapia occupazionale (cfr. Wagner 2001-2002) la standardizzazione si fa ancora più complessa rispetto a quella di prodotti o norme tecniche. Alcune di queste difficoltà sono condivise anche dalla classificazione in oggetto, in quanto anche essa ha lo scopo di standardizzare una terminologia che non si riferisce a oggetti concreti come ad esempio prodotti, ma a concetti connotati anche culturalmente. Partendo dal presupposto che la terminologia, e più ancora la

standardizzazione terminologica, seguono generalmente un approccio onomasiologico che presuppone che il concetto sia anteriore al termine, un ostacolo alla standardizzazione terminologica in settori quali le scienze sociali sembra dunque essere il fatto che i concetti non sono universali o universalmente accettati e che di conseguenza esiste una ricchissima varietà nelle definizioni. Infatti, come afferma Ohly (1991: 349)

[i]f we look into terminological works of the social sciences, we always find a remarkable variety in definition or in description of concepts: [...] we find nearly thirty pages on ‘*Socialization*’ in the *International Encyclopedia of the Social Sciences*.

Anche se il consenso riguardo al concetto di disabilità, ad esempio, è maggiore, esistono tuttavia delle differenze, per lo meno di tipo culturale, nella sua interpretazione. È lecito dunque affermare che l’ICF mira non soltanto alla standardizzazione terminologica, ma anche all’universalizzazione, o forse più adeguatamente al consolidamento di alcuni concetti base della classificazione, quali ad esempio quelli di *disabilità* e di *salute*.⁵

Dal punto di vista formale la classificazione applica per la formazione dei termini il metodo “semantico” (cfr. Cabré 1999: 93), in particolare utilizzando la ridefinizione di parole della lingua comune e di termini già esistenti. Si tratta di un metodo utilizzato frequentemente nella standardizzazione terminologica in vari settori, che comporta tuttavia alcuni rischi.

La prima variante, ossia la ridefinizione di parole della lingua comune, come ricorda Sager “may lack in precision, because of possible parallel reference in general language, and in appropriateness, because of residual connotations which might be retained from general language usage” (Sager 1990: 120). Di questo rischio nell’ICF si è ben consapevoli; vi si afferma infatti che

[l]a maggior parte dei termini su cui può nascere confusione viene usata nel discorso e nella scrittura di tutti i giorni con significati attribuiti dal senso comune. Per esempio, *menomazione*, *disabilità* e *handicap* vengono spesso usati in modo intercambiabile nel contesto quotidiano anche se la versione dell’ICIDH del 1980 ha stabilito delle definizioni che hanno dato a queste parole un significato preciso. (OMS 2002: 167)

Anche se il rischio di scambiare tra di loro indistintamente termini quali *menomazione*, *disabilità* e *handicap* non sussiste più in quanto essi sono stati eliminati dalla classificazione, continua a esserci la probabilità che molti dei

5 Analogamente a quanto è successo adesso con il termine *disabilità*, l’Organizzazione Mondiale della Sanità suscitò stupore nel 1948 definendo la salute “uno stato di completo benessere fisico, mentale e sociale e non la semplice assenza dello stato di malattia o infermità”.

termini in essa impiegati vengano intesi nel senso comune delle parole e non come sono definiti dalla classificazione stessa. Forse la classificazione è addirittura maggiormente esposta a tale rischio, dato che il significato di termini quali *disabilità* o *attività* è molto simile a quello della lingua comune, mentre in altri settori specialistici la distinzione è spesso abbastanza netta (si pensi, ad esempio a “resistenza” in fisica oppure a “filtro” in elettronica). Inoltre, questa sovrapposizione nei significati può costituire un ulteriore ostacolo nella prassi, specie nella comunicazione tra esperti e utenti, dato che l'esperto non può mai essere certo che l'utente o i suoi familiari utilizzino i termini così come sono definiti nella classificazione oppure che si riferiscano al loro significato – molto simile – nella lingua comune. Infatti sicuramente la vasta accessibilità che la classificazione deve avere, in quanto non si rivolge solo agli specialisti di settori diversi, ma anche alle stesse persone con disabilità, è un elemento che la differenzia da altre standardizzazioni e costituisce un'ulteriore difficoltà alla quale deve far fronte.

Come la ridefinizione di parole della lingua comune, anche quella di termini già esistenti è un fenomeno molto comune nelle standardizzazioni con il risultato che “the same expression may exist in general language and in more than one special language with different reference” (Sager 1990: 119). Tuttavia anche in questo caso i vari significati di un termine polisemico, utilizzato in diverse lingue speciali, sono solitamente distinti in maniera più netta e risultano più difficilmente confondibili rispetto a quanto accade, ad esempio, al termine *disabilità*. Quest'ultimo è un termine già radicato nelle diverse legislazioni con un significato molto simile ma non identico, in quanto generalmente più restrittivo rispetto a quello dell'ICF.⁶ Una polisemia di questo tipo rischia di limitare l'applicazione e la portata effettiva della classificazione stessa, come è già accaduto in Germania, dato che nell'introduzione alla versione tedesca si precisa:

6 La legislazione italiana considera disabili “a) le persone in età lavorativa affette da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali ed i portatori di handicap intellettivo comportanti una riduzione della capacità lavorativa superiore al 45 per cento; b) le persone invalide del lavoro con un grado di invalidità superiore al 33 per cento, accertata dall'INAIL; c) le persone non vedenti o sordomute; d) le persone invalide di guerra, invalidi civili di guerra e invalide per servizio.” (Approfondimento legge 12.03.1999 n. 68). In base a quella tedesca, le persone sono disabili “wenn ihre körperliche Funktion, geistige Fähigkeit oder seelische Gesundheit mit hoher Wahrscheinlichkeit länger als sechs Monate von dem für das Lebensalter typischen Zustand abweichen und daher ihre Teilhabe am Leben in der Gesellschaft beeinträchtigt ist. Sie sind von Behinderung bedroht, wenn die Beeinträchtigung zu erwarten ist.” (SGB IX 2002).

Der Behinderungsbegriff der ICF ist der Oberbegriff zu jeder Beeinträchtigung der Funktionsfähigkeit eines Menschen. Er ist damit umfassender als der Behinderungsbegriff des SGB IX [Sozialgesetzbuch]. Um Missverständnisse zu vermeiden, sollte in Deutschland nur der Behinderungsbegriff des SGB IX verwendet werden. (WHO 2002: 9)

In base a quest'affermazione non sembrano dunque esserci i presupposti per la 'validazione' attraverso l'uso che caratterizza le standardizzazioni riuscite (cfr. Sager 1990: 126). Alla questione dell'uso effettivo della classificazione, che è spesso il punto delicato delle standardizzazioni, in questo momento non può essere fornita risposta, dato che è troppo presto per misurare la sua applicazione effettiva. La classificazione è stata approvata nel 2001 dall'Assemblea generale dell'OMS ed è accettata da 191 Paesi; la sua applicazione viene "raccomandata", ma non è vincolante, come è quasi sempre il caso a meno che gli standard terminologici non vengano incorporati in una legge. Basandosi sull'esperienza dell'ICIDH la nuova classificazione sarà sicuramente impiegata nell'ambito di statistiche internazionali e in quello medico-riabilitativo e la sua applicazione è prevista in settori quali la previdenza sociale e l'assicurazione sanitaria: tuttavia sarà in quei settori che le modalità dell'implementazione dell'ICF, anche in riferimento alle varie legislazioni, resteranno ad opera dei singoli paesi (cfr. Schuntermann 2003: 53). In linea generale, pare essere un indice positivo che negli ambiti in cui la ICF verrà utilizzata sembra esistere una buona predisposizione e disponibilità ad accogliere un linguaggio standardizzato. A differenza di altri settori, come ad esempio le scienze sociali, non esiste il conflitto tra il bisogno di standardizzare da un lato e la resistenza degli specialisti dall'altro, mentre in ambito tecnologico spesso varie designazioni continuano ad esistere o a causa del predominio sul mercato di un certo prodotto (cfr. Sager 1990: 115) o a causa della difficoltà di applicare le proposte di standardizzazione, sulle quali prevale l'abitudine all'utilizzo di termini già consolidati.

4. La prospettiva interlinguistica

In questa sezione si descriveranno le modalità con cui l'ICF è stata tradotta dall'inglese in altre lingue e si farà poi riferimento ad alcuni termini che nel passaggio da una lingua all'altra sembrano essere problematici. Considerazioni di carattere interlinguistico e più specificamente traduttivo in relazione a un lavoro quale l'ICF non appaiono fuori luogo, in quanto la classificazione è stata tradotta in molte lingue ed è stata elaborata anche tenendo in considerazione la traducibilità dei termini.

L'OMS ha pubblicato, accanto alla versione originale inglese dell'ICF, una versione multilingue che contiene anche le altre cinque lingue ufficiali, ossia

arabo, cinese, francese, russo, spagnolo. Per la traduzione nelle lingue non-ufficiali l'OMS si rivolge a gruppi di lavoro operanti nei paesi di volta in volta interessati. In Germania, ad esempio, i diritti di traduzione e pubblicazione della versione tedesca sono stati affidati al DIMDI (Deutsches Institut für medizinische Dokumentation und Information) che è, come si legge nell'introduzione alla versione preliminare⁷ della classificazione, "l'unico responsabile per la traduzione". Il gruppo di lavoro del DIMDI è composto da collaboratori provenienti da Germania, Svizzera e Austria, che si occupano della traduzione senza fini di lucro. È interessante vedere come nell'elenco delle persone che hanno collaborato alla traduzione (cfr. WHO 2002: Introduzione), tutti esperti del settore, non figurino neanche un traduttore professionista. Va segnalato però che la bozza della traduzione è stata, a partire dal settembre del 2002, messa a disposizione su Internet proprio per permettere l'invio di proposte di correzione da parte del pubblico. Al momento il DIMDI sta valutando le proposte ricevute e, in data non ancora annunciata, pubblicherà la versione ufficiale, nella quale quindi presumibilmente saranno state apportate alcune modifiche sulla scorta delle segnalazioni ricevute.

La versione italiana è stata pubblicata a cura del Centro Studi Erickson, specializzato in attività di documentazione relative al settore della riabilitazione e, come nel caso della versione tedesca, la traduzione è stata affidata a specialisti del settore.

Anche se la versione originale dell'ICF è stata redatta in inglese per poi essere tradotta in altre lingue, l'elaborazione della classificazione è frutto di un lavoro svolto contemporaneamente in vari paesi, di modo che nell'ICF confluissero esperienze maturate in realtà nazionali e culturali diverse. Già nelle primissime fasi del processo di revisione dell'ICIDH, infatti, i vari Centri di Collaborazione dell'OMS si sono concentrati ognuno su un aspetto specifico o su una determinata area della classificazione. Così, ad esempio, i Centri in Francia e nei Paesi Bassi si sono occupati della *menomazione*, quello dei Paesi Bassi anche della *disabilità* e i Centri in Nord America (USA e Canada) hanno lavorato sulla dimensione dell'*handicap* e sui nuovi fattori ambientali e contestuali. Tutti gli otto Centri di Collaborazione si sono poi occupati in un secondo momento, e cioè a partire dal 1996, della revisione nel suo insieme. Alla versione finale si è arrivati poi coinvolgendo in tutto 65 paesi, incluse Italia e Germania, che hanno collaborato portando ognuno i risultati delle loro esperienze di sperimentazione. In Italia, in particolare, la sperimentazione è stata eseguita dall'Agenzia Regionale della Sanità del Friuli Venezia Giulia e grazie all'attività del Disability Italian Network (DIN), una rete che ha coinvolto

7 Come riporta il sito del DIMDI, la versione definitiva in tedesco dell'ICF non è ancora disponibile (cfr. <http://www.dimdi.de/de/klassi/ICF/index.html>; pagina consultata il 13/10/2004).

persone provenienti dalle più varie realtà (università, ospedali, organizzazioni di disabili, enti amministrativi ecc.). Analogamente in Germania vari enti e associazioni (tra cui ad esempio il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, gli enti di assicurazione sanitaria e pensionistica; cfr. Schuntermann 2003: 53) hanno contribuito alla redazione della classificazione originale.

Ritornando all'aspetto della traduzione, processo che è avvenuto in parallelo alla revisione nella lingua originale, è interessante notare che esistono delle linee guida ("Guidelines for Translation of Health Related Classifications and Instruments") redatte dall'OMS stessa (WHO 2000),⁸ in cui vengono fornite delle indicazioni generali per la traduzione, discussi problemi-tipo e fornite indicazioni per la loro soluzione. I problemi discussi rimandano a questioni fondamentali della traduzione quali l'equivalenza semantica ("Aim at the conceptual equivalent, not a word-by-word translation nor etymological equivalent") o ad aspetti più complessi quali gli elementi culturali o le difficoltà di equivalenza semantico-concettuale nelle sue varie forme; tutti aspetti che rientrano tra le questioni più dibattute tra chi si occupa della traduzione a livello teorico. Per illustrare le difficoltà che possono sorgere nell'identificazione di equivalenti dei termini inglesi in alcune lingue, le linee guida dell'OMS citano, tra gli altri, i seguenti casi, offrendo per ciascuno di essi un suggerimento sul modo di procedere alla traduzione:

Termini problematici	Soluzione proposta
DATING: "in some cultures, the term <i>dating</i> is not applicable. In some cases, arranged marriages are the norm, and dating is proscribed or prohibited."	"If the concept is essential... use a phrase or definition describing the source concept adequately. More words may be needed."
BAKING: " <i>Baking</i> is not done by the majority of people in some cultures."	"If the source item should not or can not be changed, it should be examined together with other items to convey the same concept in a meaningful way. Other culturally relevant varieties of cooking methods may be substituted."
AFFECT: "The term <i>affect</i> does not have an equivalent term or parallel concept in at least two major Indian languages (Hindi and Kannada)."	"Use terms or phrases that are closest to the source concept..."
COMMUNITY: "In Dutch the term <i>community</i> is difficult to translate because it normally	"Use qualifiers to convey the source concept more broadly and completely."

⁸ Da questo punto in poi tutte le citazioni per cui non venga segnalato un riferimento sono da ritenersi tratte da WHO 2000.

denotes a group of people but does not denote the sense of belonging that is present in the English term.”	
COMMUNITY / SOCIETY: “The terms <i>community</i> and <i>society</i> cannot be distinguished in Tamil.”	“Use qualifiers and if necessary, examples to convey the different meanings.”

Nelle linee guida viene inoltre descritto il “metodo standard”, metodo raccomandato dall’OMS per la traduzione di strumenti di misurazione e di classificazione, che può essere riassunto come segue: dopo la formazione di un gruppo monolingue della lingua di arrivo, un gruppo di esperti multidisciplinari bilingui che dispongono di una conoscenza approfondita dello strumento o della classificazione si prende cura della traduzione, che di seguito viene rivista e discussa dal gruppo monolingue. Viene specificato che “[p]rofessional translators should preferably not be used for this work.” Seguono discussioni e confronti tra i due gruppi sui risultati, sulle eventuali difficoltà riscontrate e sulle modifiche da apportare, alla fine delle quali avviene la retrotraduzione verso l’inglese, per la quale “[p]rofessional translators should be used [...] and these translators should not have been familiar with the original instrument or involved with the earlier translation of this instrument.” Segue il confronto della retrotraduzione con l’originale “for conceptual equivalence. Issues related to linguistic equivalence should also be discussed but the attempt should be to get the concepts conveyed satisfactorily.” In caso di differenze vengono eseguiti revisioni e controlli con il gruppo monolingue e il testo viene nuovamente retrotradotto in inglese; si specifica che “this process of checking the translated version should be repeated until satisfactory equivalence is achieved.” Sulla base dei risultati della traduzione e della successiva retrotraduzione vengono poi formulate raccomandazioni per le modifiche del relativo documento.

Anche questo metodo standard tocca in un certo senso alcuni aspetti che sono da sempre oggetto di studio della teoria della traduzione, quale la posizione del traduttore, che non è quasi mai un esperto della materia, oppure l’impiego di persone bilingui per la traduzione, anche se in questo caso concreto, almeno per quanto riguarda la versione italiana e tedesca, non si tratta di persone bilingui ma di persone di madre lingua italiana o tedesca con una buona conoscenza dell’inglese.

Esiste inoltre un “metodo abbreviato” che si differenzia da quello standard per il fatto che

back-translation is not done for the whole document, but only for the terms and definitions that are difficult to translate from the source to the target language. During the forward translation, conducted the same way as in the standard method, the terms and the definitions that create any

difficulty are flagged up. These are back-translated using the standard method.

Si specifica inoltre che

[w]hile the standard method of the translation described above gives the best results, it takes considerable amount of time and effort. If the team undertaking the translation is experienced in this kind of work and if the instrument or classification being translated is lengthy, the alternative method of abbreviated translation can be followed.

È questo il metodo utilizzato sia durante il processo di revisione sia per la traduzione finale dell'ICF. In entrambi i casi dunque solo i "passaggi difficili" (cfr. WHO 2002: 6) e i "termini problematici" (cfr. WHO 2000) sono stati retrotradotti in inglese (nel caso tedesco, però, non da traduttori professionisti come richiederebbero le linee guida sopra citate).

Durante il processo di revisione si è inoltre tenuto conto dell'esigenza di garantire la traducibilità di alcuni termini chiave, cosa che ha portato all'abbandono del termine inglese *disablement*, proposto inizialmente quale termine ombrello per tutti gli aspetti negativi, in favore di *disability*, eliminando così la polisemia che si era creata nella maggior parte delle versioni dell'ICIDH.

Specie per quanto riguarda la versione tedesca, con l'ICF sono state eliminate le difficoltà legate alla traduzione delle tre dimensioni principali presenti nell'ICIDH (*impairment*, *disability* e *handicap*) la cui traduzione in tedesco, come osservano Blumenthal & Jochheim (1995: 277), risultava difficoltosa:

Die deutsche Übersetzung der englischen Begriffe ist leider uneinheitlich. *Disability* bedeutet wörtlich *Unfähigkeit*; *handicap* das Zusatzgewicht beim Pferderennen, übertragen der *Nachteil*; daher auch im Deutsch, passend, der Begriff *Nachteilsausgleich*. Die BAR [Bundesarbeitsgemeinschaft für Rehabilitation] übersetzte 1984 mit *Schaden – funktionelle Einschränkung – soziale Beeinträchtigung* und bevorzugt zur Zeit *Schädigung – individuelle, funktionelle Einschränkung – soziale Beeinträchtigung*.

Nella seconda edizione della classificazione ICIDH del 1995 questi tre termini erano stati tradotti con *Schädigung – Fähigkeitsstörung – soziale und/oder ökonomische Beeinträchtigung*. In tedesco si era dunque avuta una forte instabilità terminologica che risultava dalla traduzione diversa dei tre termini inglesi, che di per sé, nell'ICIDH, erano sempre rimasti immutati.

Tuttavia anche la nuova classificazione non è priva di difficoltà di questo genere, come mostra il termine inglese *participation* che viene tradotto nella versione tedesca con *Teilhabe* seguito sempre dal termine *Partizipation* tra

parentesi quadre, poiché *Teilhabe* è un termine fondamentale nell'ambito del diritto sociale tedesco, ma ha un'accezione più limitata in Svizzera in cui l'area semantica è coperta dal secondo termine. Ci si può chiedere se tale soluzione – ovvero quella di dover utilizzare in tedesco due termini per la traduzione del termine *participation* – sia funzionale e soprattutto se verrà impiegata nella prassi.

Interessante è a questo proposito anche la traduzione del termine inglese *health condition* (per la cui definizione si veda la nota 1), che viene tradotto in italiano con *condizione di salute*. Tuttavia, se in inglese l'accezione di *condition* nel senso di “an ailment or physical disability” (Collins 2000) in tale contesto è immediata (si parla infatti di *heart condition*), lo stesso non vale per la parola italiana *condizione*, e il termine *condizione di salute* può essere, se non fuorviante, perlomeno non immediatamente comprensibile, dato che *condizione* in italiano, anche nel contesto della salute, non ha solo accezione negativa, come è il caso dell'inglese. Pertanto la traduzione tedesca con *Gesundheitsproblem* risulta, a mio avviso, molto più appropriata.

Sarebbe interessante, una volta reperibile la versione ufficiale tedesca⁹, approfondire l'aspetto traduttivo confrontando ad esempio la traduzione tedesca e quella italiana con la versione originale non soltanto in riferimento alle parti cruciali, vale a dire termini chiave, definizioni ecc. – ma soprattutto alla parte descrittiva che, com'è risaputo, pone spesso addirittura maggiori difficoltà per i traduttori in termini stilistici e di scelta lessicale. Infatti, sin da una lettura superficiale della versione italiana e di quella preliminare tedesca diventa evidente che, in particolare per quest'ultimo aspetto, il mancato impiego di traduttori professionisti si fa maggiormente sentire.

Riferimenti bibliografici

Approfondimento legge 12.03.1999 n. 68 “Norme per il diritto al lavoro dei disabili”, *Gazzetta Ufficiale* n. 68 del 23 marzo 1999, Supplemento ordinario 57/L, www.filocontinuo.org/legislazione/leggi/ln_68-99_app.html (consultato il 04/10/04).

Blumenthal W. & Jochheim K.-A. (1995) “Rehabilitation”, in *Lehrbuch der physikalischen Medizin und Rehabilitation*. Hrsg. von K.L. Schmidt,

9 Nel corso del mese di novembre 2004 è stata pubblicata su Internet la versione finale tedesca dell'ICF (www.dimdi.de/de/klassi/ICF/icf_dimdi_final_draft_1.pdf), non ancora reperibile in versione cartacea. Tuttavia, essendo tale pubblicazione successiva alla stesura del presente articolo, si segnala che i riferimenti in esso contenuti si riferiscono alla versione precedentemente consultabile su Internet (cfr. WHO 2002).

- H. Drexel und K.-A. Jochheim, 6. Auflage, Stuttgart, Fischer, S. 273-321.
- Boutin-Quesnel R., Bélanger N., Kerpan N. & Rousseau L.J. (1985) *Vocabulaire systématique de la terminologie*, Quebec, Office de la Langue Française.
- Cabré M.T. (1999) *Terminology. Theory, Methods and Applications*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Collins (2000) *Collins English Language Dictionary*. Ed. by D. Treffry, 4th edition, London, Harper Collins.
- Leonardi M. (2000) “Disabilità oggi”, in *Trattato di medicina fisica e riabilitazione*, vol 1. A cura di G.N. Valobra, Torino, UTET, pp. 11-19.
- Magris M., Musacchio M.T., Rega L. & Scarpa F. (2002) (a cura di) *Manuale di terminologia: aspetti teorici, metodologici e applicativi*, Milano, Hoepli.
- Ohly P. (1991) “Terminology of the social sciences and social context approaches”, in *Terminology Work in Subject Fields / Travail terminologique dans les domaines de spécialité*, Third Infoterm Symposium (Vienna, 12-14 November 1991), Vienna, TermNet, pp. 349-373.
- OMS (2002) *ICF - Classificazione internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*, Organizzazione Mondiale della Sanità, Trento, Edizioni Erickson.
- Pearson J. (1998) *Terms in Context*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Sager J.C. (1990) *A Practical Course in Terminology Processing*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.
- Scarpa F. (2002) “La terminologia e le lingue speciali”, in *Manuale di terminologia: aspetti teorici, metodologici e applicativi*. A cura di M. Magris, M.T. Musacchio, L. Rega & F. Scarpa, Milano, Hoepli, pp. 27-47.
- Schuntermann M. (2003) “Grundsatzpapier der Rentenversicherung zur Internationalen Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit (ICF) der Weltgesundheitsorganisation (WHO)”, in *Deutsche Rentenversicherung*, Heft Nummer 1-2, Frankfurt, Verband Deutscher Rentenversicherungsträger, S. 52-57.
- SGB IX (2002) “Behinderung”, Sozialgesetzbuch (SGB), Neuntes Buch (IX) *Rehabilitation und Teilhabe behinderter Menschen*, zuletzt geändert am 23.7.2002, §2, www.sozialgesetzbuch-bundessozialhilfegesetz.de/_buch/sozialgesetzbuch.htm (consultato il 05/10/04).
- Temmerman R. (2000) *Towards New Ways of Terminology Description. The Sociocognitive Approach*, Amsterdam/Philadelphia, John Benjamins.

- Wagner I. (2001-2002) “La terapia occupazionale: un’indagine terminografica in italiano, tedesco e inglese”, Tesi non pubblicata, Scuola Superiore di Lingue Moderne per Interpreti e Traduttori, Università degli Studi di Trieste.
- WHO (1980) *ICIDH – International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps*, Geneva, World Health Organisation.
- WHO (2000) *ICIDH-2 Beta-2 Field Trial Studies. Study One: Translation and Linguistic Evaluation*, www.stakes.fi/oske/ididh/study1.pdf (consultato il 20/10/04).
- WHO (2002) “Internationale Klassifikation der Funktionsfähigkeit, Behinderung und Gesundheit”, Weltgesundheitsorganisation (WHO), Entwurf zu Korrekturzecken, www.dimdi.de/de/klassi/ICF/ (consultato il 13/10/04).