

# Le ragioni per l'adozione dell'ICF in età evolutiva

## Rapporto preliminare sulla disabilità in Campania

LUIGI BARRUFFO<sup>1</sup>, GIULIANA GRECO<sup>2</sup>, ALFREDO PISACANE<sup>2</sup>, CARLO SORELLA<sup>1</sup>

<sup>1</sup>ASL Napoli 1, Regione Campania

<sup>2</sup>Dipartimento di Pediatria, Università Federico II, Napoli

*La ICF, chi era costei? È una classificazione internazionale (WHO) di funzionalità e disfunzionalità, che certo non si adopera spesso, se non in neuro-riabilitazione, ma che è più che giusto e più che utile che venga conosciuta. Per l'applicazione sul campo dell'ICF vedi anche le "Pagine elettroniche".*

**A** fronte di informazioni estremamente dettagliate sugli aspetti genetici, biochimici e clinici di molte disabilità, le informazioni relative invece al "funzionamento" di un bambino disabile, inteso come descrizione approfondita di strutture e funzioni corporee e di attività e partecipazione alla vita sociale, è fortemente carente nella documentazione sanitaria e scolastica. Si utilizzavano, fino a pochi anni fa, classificazioni essenzialmente nosografiche (*International Classification of Diseases*, ICD), che non prevedevano la descrizione di quello che un individuo disabile riusciva o non riusciva a fare, né tanto meno mettevano in luce le abilità e le risorse disponibili per il paziente, sulle quali poter investire per realizzare la sua migliore convivenza possibile con la malattia. Abilità da considerare inoltre per progettare, realizzare e valutare gli interventi terapeutici, tenendo conto del fatto che, nel lavoro riabilitativo, persone con la medesima diagnosi possono avere caratteristiche e bisogni del tutto differenti.

Un ulteriore limite a un valido inquadramento dei bisogni dei soggetti disabili è rappresentato dal fatto che vi

### THE INTERNATIONAL CLASSIFICATION OF FUNCTIONING, DISABILITY AND HEALTH (ICF) IN CHILDREN (*Medico e Bambino* 2005;24:104-110)

#### Key words

Disability, International classification, Children

#### Summary

*The International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) has been adopted by the World Health Organization in 2000, to improve the International Classification of Disease (ICD). ICF provides an accurate assessment of what a person can do in daily life and of how disease and environment interact to influence the private and social life of a disabled person. The ICF model has been defined as "bio-psycho-social", since it takes into account impairment and disability, as well as activity and social life participation of a disabled person, and provides information about environmental, social, and family factors which can modify and modulate the effect and the prognosis of disease. ICF has not yet been fully investigated in children and this paper represents one of the first attempts of describing how such classification can be applied to disabled children. We have also tried to identify the potential benefits which those who are involved in planning and evaluating rehabilitation services can receive from adoption of ICF.*

è stata finora, tra gli operatori della riabilitazione e dell'educazione, scarsa uniformità nel linguaggio utilizzato per descrivere le caratteristiche dei pazienti, per individuare le criticità e gli obiettivi specifici del trattamento riabilitativo e per valutarne l'efficacia, con conseguenze di non secondaria rile-

vanza relative alla decisione di erogare o meno servizi e prestazioni<sup>1-4</sup>.

#### LA NECESSITÀ DI CLASSIFICARE

Per tutti i motivi su enunciati, l'Organizzazione Mondiale della Sanità

### LA FAMIGLIA OMS DELLE CLASSIFICAZIONI DELLE MALATTIE E DELLE DISABILITÀ

<b>ICD</b>	<i>International Classification of Diseases</i> (Classificazione Internazionale delle malattie; versione ICD-X, 1994)
<b>ICIDH-1</b>	<i>International Classification of Impairment, Disabilities and Handicaps</i> (Classificazione Internazionale delle menomazioni, delle disabilità e degli handicap, 1980)
<b>ICIDH-2</b>	<i>International Classification of Impairments, Activities and Participation</i> . I termini <i>Disabilità</i> e <i>Handicap</i> della precedente classificazione vengono sostituiti con due concetti innovativi: <i>Attività</i> e <i>Partecipazione</i> (1992)
<b>ICF</b>	<i>International Classification of Functioning, disability and health</i> (Classificazione del funzionamento, della disabilità e della salute, 2000)

Tabella 1

ha cominciato a promuovere, fin dalla fine degli anni '70, la creazione di nuovi strumenti per suddividere le malattie in base alle loro "conseguenze", realizzando la sperimentazione e l'adozione, nei 20 anni successivi, di vari sistemi di classificazione (Tabella 1). Disponiamo oggi di un gruppo di classificazioni internazionali che vedono la tradizionale *Classificazione Internazionale delle Malattie* (ICD) affiancata dalla *Classificazione Internazionale del Funzionamento* (ICF), che rappresenta un'evoluzione importante del precedente modello noso-

grafico di tipo consequenziale (malattia=menomazione; menomazione=disabilità; disabilità= handicap), in quanto valuta in modo sistematico il "funzionamento" del singolo individuo ed adotta un linguaggio uniforme, standardizzato e codificato<sup>5-11</sup>.

#### CHE COSA È L'ICF

Mentre l'ICD fornisce una struttura di riferimento eziologica per la classificazione di malattie, disordini e altre condizioni di salute, l'ICF classifica il

funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute. Il termine *funzionamento* si riferisce a tutte le funzioni fisiologiche, incluse le attività della vita quotidiana e la partecipazione a quella sociale, mentre *disabilità* è parimenti un termine omnicomprensivo, indicante menomazione e limitazioni nelle attività quotidiane e nella partecipazione alla vita sociale. ICD e l'ICF sono pertanto complementari.

Per le disabilità dell'età adulta, l'ICF è stato sperimentato con successo e si stanno utilizzando le sue potenzialità per migliorare la comunicazione e il confronto tra coloro che si occupano di assistenza e di ricerca sanitaria e sociale.

Con le nuove classificazioni cambia l'ottica di osservazione: non si misura più ciò che l'individuo non è in grado di fare, ma si pone l'accento sulle capacità residue, si guarda "al positivo", con l'intento di indirizzare gli sforzi terapeutici al recupero di abilità ancora presenti e potenzialmente migliorabili, piuttosto che investire le energie solo nel (difficile e talora vano) tentativo di recuperare capacità a volte del tutto compromesse.

Il modello "biopsicosociale", sul

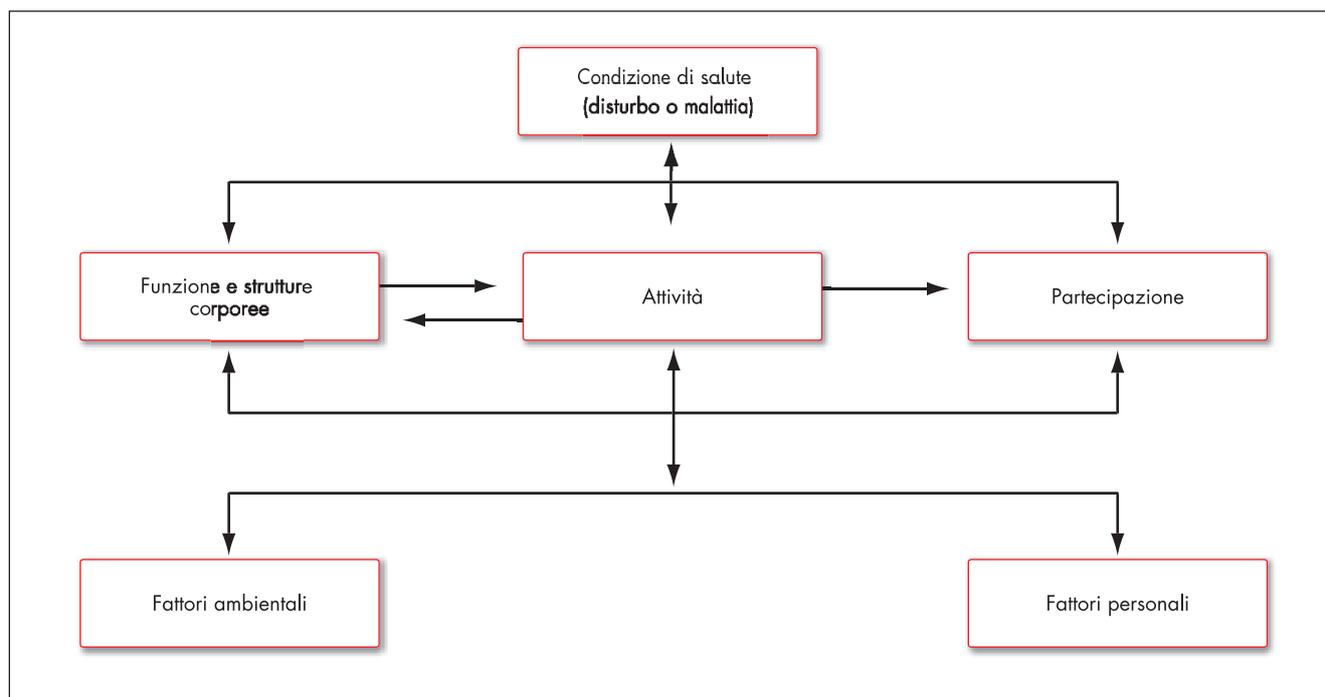


Figura 1. Il contesto in cui l'ICF classifica una disabilità.

## Contributo originale

QUADRO SINOTTICO DELLA STRUTTURA DELL'ICF				
	Parte 1: Funzionamento e disabilità		Parte 2: Fattori contestuali	
<b>Componenti</b>	Funzioni e strutture corporee	Attività e partecipazione	Fattori ambientali	Fattori personali
<b>Domini</b>	Funzioni corporee Strutture corporee	Aree di vita (compiti, azioni)	Influenze esterne su funzionamento e disabilità	Influenze interne su funzionamento e disabilità
<b>Costrutti</b>	Cambiamento nelle funzioni corporee (fisiologico)	Capacità Eseguire compiti in un ambiente standard	Impatto facilitante o ostacolante delle caratteristiche del mondo fisico, sociale e degli atteggiamenti	Impatto delle caratteristiche della persona
	Cambiamento nelle strutture corporee (anatomico)	Performance Eseguire compiti nell'ambiente attuale		
<b>Aspetto positivo</b>	Integrità funzionale e strutturale	Attività Partecipazione	Facilitatori	Non applicabile
	Funzionamento			
<b>Aspetto negativo</b>	Menomazione	Limitazione dell'attività	Barriere/Ostacoli	Non applicabile
		Restrizione della partecipazione		
	Disabilità			

Tabella II

DEFINIZIONI DELLE COMPONENTI DELL'ICF	
<b>Funzioni corporee</b>	Funzioni fisiologiche dei sistemi corporei (includere le funzioni psicologiche)
<b>Strutture corporee</b>	Parti anatomiche del corpo (organi, arti e loro componenti)
<b>Menomazioni</b>	Problemi nella funzione o struttura del corpo, intesi come deviazione o perdita significativa
<b>Attività</b>	Esecuzione di un compito o di una azione da parte di un individuo
<b>Partecipazione</b>	Coinvolgimento in una situazione di vita
<b>Limitazioni dell'attività</b>	Difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività
<b>Restrizioni della partecipazione</b>	Problemi che un individuo può sperimentare nel partecipare ad azioni/momenti/occasioni della vita quotidiana
<b>Fattori ambientali</b>	Atteggiamenti, ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono
<b>Qualificatori</b>	Scala di gravità di un problema a livello fisico, personale, sociale ambientale

Tabella III

quale si basa l'ICF, differisce significativamente da altri sistemi di classificazione, in quanto tiene conto, nella complessa relazione tra salute e disabilità, dei "fattori contestuali", cioè di tutte quelle variabili, familiari e socio-ambientali, capaci di influenzare la vita di una persona disabile. L'ICF utilizza quindi un approccio interattivo, evolutivo e dinamico, in cui il funzionamento e le abilità di una persona possono essere continuamente modificate dal contesto socioeconomico e ambientale in cui la persona vive e, all'interno di tale contesto, possono essere opportunamente classificate e comprese (*Figura 1*).

La versione più recente dell'ICF introduce anche i concetti di "attributi" (*qualifiers*) per definire il grado di partecipazione e, se questo non è pieno, permette di registrare i "fattori contingenti", che possono determinare una facilitazione o una barriera all'espressione della partecipazione dell'individuo.

La *Tabella II* mostra i tre livelli di funzionamento classificati dall'ICF: funzionamento a livello del corpo o di parte del corpo, della persona nel suo insieme e della persona nel suo insieme in un contesto sociale. Pertanto, la disabilità comprende disfunzioni a uno o più di questi stessi livelli: menomazioni, limitazioni all'attività e restrizioni alla partecipazione.

Le definizioni delle componenti dell'ICF sono riportate nella *Tabella III*.

L'ICF, analizzando in maniera particolareggiata un individuo nel proprio contesto familiare e sociale, si configura come una sorta di "cartella clinica" guidata, che permette all'operatore di investigare il funzionamento di una persona in modo obiettivo ed esaustivo e di comprendere, al tempo stesso, le abilità richieste nell'ambiente specifico di vita di quella persona.

Come conseguenza, si modifica anche uno degli assunti alla base di taluni sistemi di classificazione finora adottati, che ogni menomazione necessariamente si associa a una disabilità. È l'analisi del contesto, infatti, che permette di comprendere quanto essere portatori di una menomazione significhi anche essere non-abili a eseguire dei

## Le ragioni per l'adozione dell'ICF in età evolutiva

SCALA DI GRAVITÀ E DI DIFFICOLTÀ		
Disabilità (registrata dal medico)	Problema (percepito dal paziente)	
0	Nessuna difficoltà - assenza della necessità di assistenza	Nessuno
1	Lieve difficoltà - assenza della necessità di assistenza	Lieve
2	Consistenti difficoltà con o senza necessità di assistenza	Moderato
3	Grave difficoltà con necessità di assistenza totale	Grave

Tabella IV

compiti e a partecipare ad alcuni aspetti della vita sociale.

L'ICF classifica in maniera pragmatica i livelli di gravità e di difficoltà di una persona (Tabella IV), e ciò consente di individuare i piani terapeutici e riabilitativi, i supporti e gli ausili che potrebbero ridimensionare gli effetti invalidanti e quelle risorse e abilità possedute dalla persona che potrebbero essere efficacemente utilizzate in sede di trattamento e di integrazione<sup>12,21</sup>.

### LA NOSTRA ESPERIENZA CON L'ICF

Nel nostro studio sulla disabilità in età evolutiva in Campania (vedi articolo pubblicato sulle pagine elettroniche, [www.medicoebambino.com](http://www.medicoebambino.com) e, in sintesi, a pag. 121), abbiamo tentato di comprendere i possibili vantaggi dell'adozione dell'ICF e la fattibilità di tale adozione. Era inoltre nostra intenzione esplorare se le informazioni derivanti dall'ICF potessero fornire indicazioni utili per la stesura dei piani riabilitativi. La popolazione arruolata nello studio e i metodi sono riportati nell'articolo riportato sulle pagine elettroniche.

All'inizio dello studio, la versione definitiva dell'ICF non era ancora disponibile e abbiamo perciò lavorato per circa un anno con le precedenti versioni, ICIDH-1 e poi ICIDH-2. In questo periodo abbiamo riclassificato tutti i pazienti arruolati nello studio utilizzando i profili funzionali forniti da questi classificatori. Il tempo medio richiesto per l'esecuzione di tale profilo diagnostico, che era associato a un esame clinico, era di circa 60-90 minuti. In seguito, una volta pubblicato l'ICF, lo abbiamo sperimentato su un campione

di pazienti originariamente arruolati. Si è trattato di un lavoro di auto-apprendimento, facilitato dalla buona tradizione italiana del *Manuale*, eseguita dalla Erickson, dal sito dedicato dell'OMS ([www.who.int/classification/icf](http://www.who.int/classification/icf)) e dagli indispensabili input ricevuti dalla dr.ssa Matilde Leonardi, che sta curando, per conto dell'OMS, una versione dell'ICF pediatrica, che abbiamo, come componenti di un ampio gruppo di lavoro nazionale, testato sul campo

nel corso del 2004. Una volta superate le diffidenze iniziali e compresi i potenziali vantaggi derivanti dall'adozione dell'ICF, molti colleghi nelle nostre unità operative hanno accettato di riclassificare i loro pazienti utilizzando l'ICF.

### Cosa si ottiene utilizzando l'ICF

I pazienti valutati sono stati 46; la loro età media era di 10,3 anni (DS=3,06), la loro disabilità era classificata in cartella come medio-grave, e stavano eseguendo, al momento dell'arruolamento, un trattamento riabilitativo.

Le Tabelle V e VI mostrano alcuni profili ottenuti applicando l'ICF alle difficoltà nelle funzioni mentali e a quelle relative all'attività e alla partecipazione. Per motivi di spazio, abbiamo qui considerato solo un elenco minimo di componenti dell'ICF, ma è possibile, qualora lo si desidera, analizzare con ulteriore dettaglio le difficoltà individuate e fornire un profilo,

PROFILO DI FUNZIONE, ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE (ICF) (N=46) Elenco minimo di componenti dell'ICF			
Grado di difficoltà nelle funzioni mentali		Numero	(%)
Funzioni dell'attenzione	Assente	15	(32.6)
	Lieve	2	(4.4)
	Moderata	19	(41.3)
	Grave	10	(21.7)
	Completa	-	(-)
Funzioni della memoria	Assente	15	(32.6)
	Lieve	2	(4.4)
	Moderata	19	(41.3)
	Grave	10	(21.7)
	Completa	-	(-)
Funzioni cognitive di livello superiore	Assente	15	(32.6)
	Lieve	2	(4.4)
	Moderata	16	(34.8)
	Grave	13	(28.2)
	Completa	-	(-)
Funzioni emozionali	Assente	11	(23.9)
	Lieve	13	(28.3)
	Moderata	14	(30.4)
	Grave	8	(17.4)
	Completa	-	(-)
Funzioni della esperienza del sé e del tempo	Assente	18	(39.1)
	Lieve	6	(13.0)
	Moderata	13	(28.3)
	Grave	9	(19.6)
	Completa	-	(-)

Tabella V

## Contributo originale

### PROFILO DI FUNZIONE, ATTIVITÀ E PARTECIPAZIONE (ICF) (N=46) Elenco minimo di componenti dell'ICF

Grado di difficoltà in attività e partecipazione		Numero	(%)
<b>Comunicazione</b>			
<i>Comunicare con messaggi verbali</i>	Assente	27	(58.7)
	Lieve	-	(-)
	Moderata	2	(4.3)
	Grave	16	(34.8)
	Completa	1	(2.2)
<i>Comunicare con messaggi scritti</i>	Assente	20	(43.5)
	Lieve	1	(2.2)
	Moderata	3	(6.5)
	Grave	12	(26.1)
	Completa	10	(21.7)
<b>Mobilità</b>			
<i>Camminare</i>	Assente	30	(65.2)
	Lieve	10	(21.7)
	Moderata	1	(2.2)
	Grave	1	(2.2)
	Completa	4	(8.7)
<i>Spostarsi usando ausili (sedia a rotelle ecc.)</i>	Assente	37	(80.4)
	Lieve	4	(8.7)
	Moderata	-	(-)
	Grave	1	(2.2)
	Completa	4	(8.7)
<b>Cura della propria persona</b>			
<i>Lavarsi</i>	Assente	40	(87.0)
	Lieve	-	(-)
	Moderata	1	(2.2)
	Grave	5	(10.8)
	Completa	-	(-)
<b>Interazioni e relazioni interpersonali</b>			
<i>Relazionarsi con estranei</i>	Assente	24	(52.2)
	Lieve	3	(6.5)
	Moderata	8	(17.4)
	Grave	11	(23.9)
	Completa	-	(-)
<b>Aree di vita principali</b>			
<i>Istruzione scolastica</i>	Assente	10	(21.7)
	Lieve	3	(6.5)
	Moderata	6	(13.0)
	Grave	20	(43.5)
	Completa	7	(15.3)

Tabella VI

per il singolo paziente che si sta osservando, molto più analitico e preciso di quello mostrato nelle tabelle.

Per quel che riguarda la sfera delle attività e della partecipazione, sono state frequentemente osservate difficoltà nella comunicazione (per oltre il 40% dei ragazzi) e nell'istruzione (per oltre

il 50%, con un'elevata prevalenza di soggetti con compromissione completa). Il 56,5% dei pazienti presentava difficoltà di grado medio-grave e il 15,3% difficoltà completa nell'istruzione. Anche la capacità di relazionarsi con estranei è risultata frequentemente compromessa in maniera medio-grave

(> 40%). Solo il 4% dei bambini mostrava invece difficoltà di una certa rilevanza nel camminare, mentre per il 9% dei giovani esaminati tale difficoltà era completa.

La *Tabella VII* confronta, per un paziente di 8 anni (ma i dati sono analoghi quando si estende questa analisi ad altri pazienti con diagnosi ed età diverse), le informazioni rilevabili dalla cartella clinica esistente nell'unità operativa e il profilo ICF. Pur trattandosi di approcci diversi, si comprende facilmente quanto ricco di descrizioni utili e di spunti indispensabili per la formulazione di un piano riabilitativo sia il profilo che emerge dall'ICF. Al momento attuale tutti i nuovi pazienti in età evolutiva delle due unità operative che hanno partecipato a questo studio ricevono di routine un profilo ICF, che si affianca al loro profilo diagnostico formulato con l'ICD.

#### Spunti di riflessione

Comprendere se e quanto la classificazione ICF potesse completare la semeiotica tradizionale e facilitare la stesura dei piani riabilitativi è stato uno dei principali obiettivi che il gruppo di lavoro si è prefissato.

A parte l'utilità dell'ICF come strumento di classificazione e di confronto statistico-epidemiologico con altre Regioni o Paesi, uno dei vantaggi fondamentali è che può contribuire alla progettazione e alla valutazione di piani di trattamento basati non sulla malattia ma sull'individuo. Questo specialmente in un contesto, come quello della Regione Campania, in cui la programmazione terapeutica sembra non seguire criteri "scientifici", tanto che, come discusso nell'articolo pubblicato sulle pagine elettroniche, i trattamenti riabilitativi sono effettuati senza soluzione di continuità nel corso dell'anno solare, durano parecchi anni e appaiono indipendenti dalla diagnosi ICD, dal profilo funzionale e dalla gravità del paziente: è molto probabile quindi che essi riflettano l'offerta dei servizi piuttosto che i bisogni dei pazienti.

In questa nostra esperienza preliminare l'ICF ci è apparso, specialmente nella sua prossima versione pediatrica, che contempla molti aspetti della par-

**CONFRONTO TRA LE INFORMAZIONI RILEVABILI  
DAL FASCICOLO PERSONALE DI UN PAZIENTE  
E IL PROFILO CHE EMERGE DALL'ESECUZIONE DELL'ICF**

*Francesco, anni 8, emisindrome piramidale dx, asportazione di ematoma parietale sx, disturbi dell'apprendimento.*

**DAL FASCICOLO PERSONALE**

Il quadro clinico evidenzia una stabilizzazione delle funzioni motorie mentre sono ancora presenti disturbi dell'apprendimento che coinvolgono la letto-scrittura. Il paziente sta praticando trattamento riabilitativo di rieducazione neuromotoria bisettimanale, associato a un trattamento logopedico a cadenza trisettimanale.

**CLASSIFICAZIONE ICF**

**Menomazioni funzionali**

<i>Funzioni mentali</i>	Lieve interessamento dell'orientamento e delle capacità intellettive, dell'attenzione, delle emozioni, delle funzioni cognitive di livello superiori e del linguaggio
<i>Funzioni sensoriali</i>	Le funzioni visive sono lievemente compromesse
<i>Funzioni neuro-muscolo-scheletriche</i>	Vi è una lieve compromissione delle funzioni del pattern dell'andatura

**Attività e partecipazione**

<i>Apprendimento</i>	Le attività basilari di apprendimento sono coinvolte in forma lieve, così come lo sono le attività di applicazione delle conoscenze, come la risoluzione dei problemi e/o la capacità di prendere decisioni. La capacità di svolgere e di sostenere lo svolgimento di un compito articolato, di gestire la tensione e/o altre richieste di tipo psicologico sono coinvolte in forma lieve
<i>Comunicazione</i>	È presente una lieve difficoltà nella produzioni di messaggi scritti
<i>Mobilità</i>	Lieve difficoltà nella deambulazione e nella corsa
<i>Interazioni e relazioni interpersonali</i>	Lievemente disturbate le relazioni interpersonali complesse e la capacità di mantenere e porre a termine una interazione
<i>Aree di vita principali</i>	È presente una lieve carenza della prestazione scolastica

Tabella VII

tecipazione alla vita sociale specifici dell'età evolutiva, uno strumento estremamente utile e ricco di spunti per la clinica e per la pianificazione e la valutazione degli interventi riabilitativi. E principalmente, dopo un buon addestramento e un'adeguata motivazione degli operatori, è uno strumento di

adozione relativamente semplice.

Al momento non abbiamo dati che mostrino se l'ICF contribuisca alla stesura di piani riabilitativi maggiormente specifici ed efficaci, ma speriamo di poter fornire qualche contributo in questo settore in un prossimo futuro.

È nostra opinione che il sistema ICF

permette al medico di descrivere in maniera analitica la disabilità e i suoi effetti sulla salute del singolo e, nel contempo, può fornire elementi di valutazione dei risultati terapeutici. Utilizzando infatti l'ICF, l'operatore ha la possibilità di scegliere quelli più idonei tra una lista di obiettivi terapeutici specifici, suddivisi per categorie funzionali e rappresentati da azioni, compiti e attività, che possono essere descritti anche con l'ausilio di una scala progressiva di indicatori.

L'osservazione e la raccolta dei dati consentono la stesura di un profilo funzionale individuale che evolve nel tempo. Con un monitoraggio periodico dei pazienti si possono registrare i cambiamenti del quadro clinico, i risultati dei trattamenti e il raggiungimento o meno degli obiettivi proposti.

Dalle tabelle che illustrano i profili ICF si comprende la ricchezza di informazioni rilevabili, che ha reso questo sistema di classificazione uno strumento insostituibile nella individuazione dei problemi derivanti dai diversi domini esaminati e nella personalizzazione delle singole organizzazioni di funzionamento, a confronto con le tradizionali valutazioni cliniche. Nello stesso tempo l'ICF rappresenta, nei processi decisionali finalizzati a raggiungere gli obiettivi specifici che si intendono conseguire, un modello di riferimento per programmare interventi individualizzati, miranti a innalzare il livello di partecipazione della persona.

**CONCLUSIONI**

L'inadeguatezza delle classificazioni nosografiche e la necessità di avere dei profili funzionali per un approccio al paziente disabile hanno condotto a sperimentare nuove classificazioni. L'ICF ha permesso, rispetto alla sola diagnosi ICD, di focalizzare l'attenzione sulle conseguenze della malattia, piuttosto che sulla sola malattia, e di valutare il paziente in tutti i suoi aspetti, senza trascurare alcun organo, apparato o funzione, tenendo in debita considerazione anche gli ambienti (barriere architettoniche, inserimento sociale ecc.) di appartenenza del sog-

### MESSAGGI CHIAVE

- L'ICF (*International Classification of Functioning, disability and health*) è la classificazione internazionale della funzionalità, una classificazione che completa la storica ICD (*International Classification of Diseases*). L'ICD introduce nel sistema classificativo la misura della menomazione determinata dalla malattia, quindi del suo peso effettivo, umano e sociale.
- L'ICF peraltro ha l'occhio rivolto piuttosto alla valutazione degli aspetti funzionali positivi e della potenzialità (residua).
- Al di là dell'utilizzo epidemiologico, questa classificazione, applicata alle condizioni disabilitanti, facilita l'impostazione di progetti di riabilitazione e reinserimento dei singoli.
- L'utilizzo, da parte di tutti gli operatori, di uno strumento unitario, analitico, esauriente, comprensibile, consente di integrare punti di osservazione tradizionalmente separati, come quello medico, psicologico, sociale e pedagogico.
- La costruzione dei profili ICF a un gruppo di soggetti disabili in trattamento riabilitativo è risultata essere uno strumento di applicazione realmente semplice e ricco di potenzialità, sia per una programmazione scientifica del processo riabilitativo sia per una valutazione periodica dei suoi risultati.

getto, arrivando, così, a formulare una diagnosi funzionale, cioè un profilo dinamico individualizzato. Pertanto la sua introduzione nelle attività svolte dalle unità operative distrettuali crea le premesse per:

- l'utilizzo, da parte di tutti gli operatori, di uno strumento unitario, analitico, esauriente e comprensibile, capace di integrare punti di osservazione tradizionalmente separati, come quello medico, psicologico, sociale e pedagogico;
- un più accurato inquadramento clinico, che permette al medico prescrittore di stabilire meglio l'opportunità di interventi multidisciplinari e la durata dei trattamenti e, soprattutto, di tarare il piano di trattamento sui cambiamenti di funzionalità e di attività operanti nel soggetto, valutando nel tempo i risultati ottenuti con indicatori validi;
- la riduzione della soggettività del medico prescrittore;
- una uniformità diagnostica tra operatori che lavorano con gli stessi pazienti, con l'utilizzazione di indicatori standardizzati.

L'uso abbinato dei sistemi di classificazione ICD e ICF, l'una orientata alla puntuale definizione delle diagnosi, l'altra alla descrizione del funzionamento e del ruolo delle componenti contestuali nella vita di un individuo, può avere importanti ricadute operative sulla pratica clinica, sulla ricerca e sulle politiche socio-sanitarie.

### Ringraziamenti

*Si ringrazia per la collaborazione tutto il personale della UOMI del DS49 e per le interviste ai genitori: Licia Vetere, Luciana Castaldi, Giovanna Savarese e Marcella Torre; si ringrazia per la collaborazione tutto il personale della UOAR del DS52 e in particolare i dottori Paola Coppola, Francesco Papaccio, Luigi Viscardi e il signor Mario Cuvoto; si ringraziano Rossella Grasso e Nunzia Raio per le interviste ai genitori.*

*Un particolare ringraziamento va a Giovanni Iovino per la sua attenta traduzione dall'inglese del documento OMS e alla dottoressa Stefania D'Amora per il supporto fornito nell'elaborazione dei dati.*

### Indirizzo per corrispondenza:

Alfredo Pisacane  
e-mail: [pisacane@unina.it](mailto:pisacane@unina.it)

### Bibliografia

1. Marchetti F, Bonati M, Marfisi RM, La Gamba G, Biasini GC, Tognoni G, for the Italian Collaborative Group on Paediatric Chronic Diseases. Parental and primary care physicians' views on the management of chronic diseases: a study in Italy. *Acta Paediatr* 1995; 84:1165-72.
2. Perrin EC, Newacheck P, Pless IB, et al. Issues Involved in the Definition and Classification of Chronic Health Conditions. *Pediatrics* 1993;91:787-93.
3. Gortmaker SL, Sappenfield W. Chronic Childhood Disorders: Prevalence and Impact. *Symposium on Chronic Disease in Children. Pediatr Clin N Am* 1984;31:3-15.
4. Facchin P, et al. Valutazione della prevalenza di invalidità infantile di origine sia congenita che acquisita. Rapporto sul progetto di ricerca. Università di Padova, Dipart. Pediatria, 1999.
5. Zola P. Definizioni e Classificazioni delle

Menomazioni, delle Disabilità e dell'Handicap. In: Soresi S. *Psicologia dell'handicap*. Il Mulino, 1998;cap.1.

6. World Health Organization, World Health Assembly. *International classification of impairments, disabilities and handicaps: a manual of classification relating to the consequences of disease*. World Health Organization, 1980. Ginevra: Switzerland.

7. Giobbi A. *Classificazione internazionale delle menomazioni, disabilità e degli svantaggi esistenziali*. Milano: Cles, 1980.

8. Soresi S. *Definizione e Classificazione delle Menomazioni, delle Disabilità e dell'Handicap*. Psicologia dell'handicap. Il Mulino, 1998;cap.1.

9. Minaire P. *Utilizzazione dell'ICIDH nella riabilitazione e rieducazione funzionale*. Quaderni del Centro Studi del Ministero della Salute, 1990;7/8.

10. Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICIDH2 Classificazione internazionale del Funzionamento e della Disabilità*. Bozza Beta 2. Ed. Erickson, 2000.

11. Fallani G. *Definizioni e Classificazioni delle Menomazioni, delle Disabilità e dell'Handicap*. In: Soresi S. *Psicologia dell'handicap*. Il Mulino, 1998;cap.1.

12. Schneider M, Hurst R, Miller J, Ustun B. The role of environment in the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). *Disabil Rehabil* 2003;25:588-95.

13. Organizzazione Mondiale della Sanità. *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento e della disabilità*. Ed. Erickson, 2002.

14. Leonardi M. Riflessioni sulle ricadute del nuovo sistema di classificazione internazionale nei diversi campi di applicazione. *Giorn Ital Medic Riab* 2003;17.

15. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF. In: *Rehabilitation medicine*. *Disabil Rehabil* 2003;25:628-34.

16. Simeonsson RJ, Leonardi M. Applying the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) to measure childhood disability. *Disabil Rehabil* 2003;25:602-10.

17. Hurst R. The International Disability Rights Movement and the ICF. *Disabil Rehabil* 2003;25:572-6.

18. Rentsch HP, Bucher P, Dommen Nyffeler I, et al. The implementation of the International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) in daily practice of neurorehabilitation: an interdisciplinary project at the Kantonsspital of Lucerne, Switzerland. *Disabil Rehabil* 2003;25:411-21.

19. Dahl TH. International classification of functioning, disability and health: an introduction and discussion of its potential impact on rehabilitation services and research. *J Rehabil Med* 2002;34:201-4.

20. Ustun TB, Chatterji S, Bickenbach J, Kostanjsek N, Schneider M. The International Classification of Functioning, Disability and Health: a new tool for understanding disability and health. *Disabil Rehabil* 2003;25:565-71.

21. Stucki G, Ewert T, Cieza A. Value and application of the ICF in rehabilitation medicine. *Disabil Rehabil* 2002;24:932-8.