



REGIONE BASILICATA



la riabilitazione in età evolutiva alla luce dell'ICFCY

La Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti, nota come ICF-CY, deriva dalla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF).

L'ICF è stata sviluppata dall'Organizzazione Mondiale della Sanità per sostituire quella denominata ICIDH - 80. La classificazione del 1980 si rifaceva ad un modello culturale basato su una concatenazione lineare e deterministica definita come menomazione-disabilità-handicap.

In essa, l'ambiente, pur identificato come elemento determinante nel bilancio valutativo, era considerato solo alla stregua di un contenitore o di una cornice fisica, culturale e sociale, in cui gli ostacoli esistenti accentuavano la condizione di disabilità trasformandola in uno svantaggio.

Le ragioni culturali che hanno portato al processo di revisione della classificazione del 1980 nascono dalla necessità di adottare un modello bio psico sociale per descrivere il funzionamento di una persona con disabilità.

Attualmente, il concetto di funzionamento viene adoperato per descrivere in modo sistemico ed ecologico l'interazione tra l'individuo, con una condizione di salute, ed il suo contesto, inteso come l'insieme dei fattori ambientali e personali.

Classificare il funzionamento significa descrivere una persona nella sua globalità, a prescindere dalla causa di malattia, dalle disfunzioni e dai sintomi negativi che la riguardano.

Nella classificazione ICF, la disabilità viene considerata non più come malattia, disordine o disturbo, ma come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo ed i fattori personali e ambientali che rappresentano il contesto in cui vive. Nello specifico, la disabilità diventa un termine ombrello per le menomazioni (cioè i problemi fisiologici e/o anatomici), le limitazioni dell'attività e le restrizioni della partecipazione.

La parola indica quindi gli aspetti "negativi" dell'interazione tra l'individuo ed i fattori contestuali.

Le menomazioni assumono quindi un ruolo meno importante nella determinazione della disabilità, il cui esito può essere determinato anche dal contesto con cui l'individuo agisce.

La nuova classificazione vuole individuare le deviazioni significative dalle norme biomediche della popolazione, in termini di percentili piuttosto che rappresentarne l'impatto negativo obbligato sul funzionamento.

La "deviazione da una norma biomedica" include la perdita o l'assenza di una funzione (per esempio la perdita della funzione della vista in una persona cieca), una riduzione (per esempio ridotte funzioni della memoria in una persona che ha subito trauma cranico o la ridotta capacità respiratoria di una persona con bronchite o con asma), un'aggiunta o un eccesso (per esempio l'eccesso di sonno in una persona depressa, o l'eccesso di peso in un obeso, o la presenza di un sesto dito nella mano di un bambino con una malformazione congenita), o una deviazione di un segmento scheletrico (per esempio la scorretta posizione della schiena in una persona con scoliosi). Una menomazione può essere l'espressione di una malattia o di una lesione, ma non è sufficiente conoscerne la causa (la sua eziologia) per descriverla e determinarne la gravità.

Inoltre, una menomazione può essere essa stessa la causa di una o più menomazioni nello stesso o in altri domini. Per esempio le menomazioni nelle funzioni cardiache (un'insufficienza della forza di contrazione del cuore ad esempio) possono portare a menomazioni nelle funzioni respiratorie. Le menomazioni, infine, possono essere lievi o gravi, temporanee o permanenti, transitorie o fluttuanti, possono migliorare, peggiorare o restare uguali.



L'analisi del dominio "attività e partecipazione" con il diretto correlato con i fattori ambientali, descritti in termini di facilitatori o barriere, consente meglio di ogni altra cosa di valutare l'outcome di un particolare percorso riabilitativo essendo in grado di rilevare nel tempo il rapporto tra capacità e performance, laddove il qualificatore "capacità" descrive l'abilità di un individuo di eseguire un compito o un'azione ed il qualificatore "performance" descrive ciò che un individuo fa nel suo ambiente attuale.

Ciò vuole dire che la modificazione funzionale di ambiti di attività e di partecipazione (come comunicare, muoversi, aver cura della persona, ecc.) può avere un peso differenziale nel bilancio di funzionamento se nell'ambiente si incontrano risorse o ostacoli.

Ad esempio, la condizione di ritardo mentale medio-grave di un soggetto con sindrome di Down comporta importanti difficoltà negli apprendimenti scolastici. Siffatta condizione di disabilità può avere un esito favorevole se nell'ambiente agiscono dei facilitatori, come un insegnante di sostegno oppure dei compagni capaci di aiutare il bambino o l'uso di determinate tecnologie.

Analogamente un bambino con grave danno motorio da paralisi cerebrale infantile (PCI) può riuscire comunque a muoversi autonomamente se può disporre di ausili adeguati come la carrozzina elettronica con sensori adattati al controllo della motricità residua.

Viceversa una condizione meno problematica, come un disturbo specifico di apprendimento (DSA), può determinare una grave restrizione della partecipazione all'attività scolastica, se il soggetto che ne è affetto non può disporre di strumenti compensativi e dispensativi o se si scontra

tra con l'atteggiamento ostile e denigratorio dei compagni o se non viene contenuto sul piano affettivo ed emotivo dai propri familiari.

Viceversa, se il funzionamento ha una ricaduta anche sulla funzione (ciò che facciamo modifica anche i requisiti di base che ci consentono di fare), tutti gli interventi ambientali, soprattutto se attuati precocemente, possono modificare in modo radicale anche gli aspetti menomativi. Ad esempio, l'uso di un deambulatore che permetta ad un bambino con PCI di muoversi in stazione eretta, con una modalità di cammino assistito, può ridurre le probabilità di incorrere in una lussazione delle anche.

Analogamente la possibilità per un ragazzo Down di sperimentare relazioni significative con i compagni di scuola può ridurre i rischi di una patologia psichiatrica secondaria.

Ed infine adeguati interventi ambientali per un bambino con DSA possono significativamente ridurre le probabilità di sviluppare un'idea di sé fallimentare con conseguente inibizione delle globali capacità di apprendimento.

In età evolutiva, la riabilitazione deve tenere maggiormente in considerazione l'approccio globale ai bisogni del bambino e dell'adolescente mettendo in campo professionalità differenti, in un'ottica bio-psico-sociale.

Dr. Alessandro Cosentino

Presidio di Riabilitazione Extraospedaliero
"Centro Medico Claudio Santi"
Centro Polifunzionale Don Calabria - Verona
Formatore Disability Italian Network

Sopravvivere

Vorrei tornare su un concetto già trattato, che però merita ancora di essere enfatizzato: la resilience.

Questa buffa parola inglese, che in ingegneria sta ad indicare la proprietà di un materiale di ritornare alla forma originale, dopo essere stato deformato sotto pressione, è diventata in psicologia sinonimo della capacità di resistere a situazioni avverse, permettendo all'individuo di raggiungere uno sviluppo flessibile ed equilibrato.

La resilience deriva da tre tipi di fattori: le risorse interne, i supporti esterni e le abilità apprese.

Di queste ultime fanno parte competenze psicologiche quali la capacità di affrontare i problemi, di programmare, di riflettere e di controllarsi, ma anche caratteristiche individuali meno scontate quali il senso dell'umorismo, la fede religiosa e le abilità artistiche, sportive o di altro genere.

Il lavoro di un educatore e anche di un riabilitatore dovrebbe mirare proprio ad accrescere con ogni mezzo queste abilità apprese.

Rimane comunque forte il mistero di come alcune persone riescano a sopravvivere e a funzionare nonostante gravi menomazioni o deprivazioni ambientali.

Poiché credo che tra cielo e terra esistano molte più cose di quante ne conosca la nostra psicologia vorrei concludere citando Albert Einstein:

"Ogni stupido, sufficientemente intelligente, può rendere le cose più grandi e più complesse.

Ci vuole un tocco di genio - e molto coraggio - per muoversi nella direzione opposta."

Dr Carlo Calzone
Direttore DINPEE

Informazioni sul Dipartimento

In attesa degli atti aziendali delle Aziende Sanitarie Locali di Potenza e Matera di nuova istituzione, vengono riportati i riferimenti dei servizi di Neuropsichiatria Infantile delle aziende sanitarie preesistenti.

- Unità Operativa Ospedaliera (UOO) di Matera e Direzione del Dipartimento presso Presidio Ospedaliero "Madonna delle Grazie" Tel/fax 0835.253357

- Unità Operativa Territoriale (UOT) dell'asl n.4 di Matera c/o Punto Sanità P.za Firenze Tel. 0835.253408 - Fax. 0835.259443

- UOT dell'ASL n.1 di Venosa c/o Dipartimento Materno- Infantile Tel. 0972-39111 Fax. 0972-39271

- UOT dell'ASL n.3 di Lagonegro c/o ASL n.3 di Lagonegro Tel. 0973-621830 Fax. 0973-621840

- UOT dell'ASL n.5 di Montalbano j.co c/o Di-

stretto Sanitario di Policoro Tel. 0835-986421 Fax. 0835-973692

- U.O. c/o Pediatria dell'ospedale "S.Carlo" di Potenza Tel. 0971-613560 Fax. 0971-612879

L'utente può accedere al servizio di Neuropsichiatria infantile dell'ASL n.4 di Matera per effettuare una prima visita ambulatoriale mediante: prenotazione al CUP regionale previa richiesta del medico curante, ai numeri verdi 848.821.821 (da rete fissa) 0971.471373 (dai cellulari).

Il ricovero in day hospital sarà programmato dai medici del servizio dopo la prima visita in ambulatorio. La famiglia verrà contattata direttamente dal servizio di neuropsichiatria infantile.

Per ulteriori informazioni sul dipartimento: www.aslmt4.it/dinpee/index.htm.

NEWS

Calabrone (PI), 16 maggio 2009.

Giornata di aggiornamento per medici ed infermieri in "Trattamento del dolore lieve-moderato dall'ospedale al territorio: esperienze cliniche a confronto" organizzato dall'IRCCS "Stella Maris".
Info: 050.886235; www.inpe.unipi.it; paola.morganti@inpe.unipi.it.

Calabrone (PI), 21 maggio 2009.

Convegno "Minori senza regole: modelli di prevenzione e di intervento dei disturbi del comportamento in età evolutiva".
Info: 050.886235; www.inpe.unipi.it; laura.ruglioni@inpe.unipi.it.

Milano, 23 e 30 Maggio 2009.

Seminario "Terapia occupazionale" organizzato dall'IRCCS "E. Medea".
Info: www.emedeai.it; tel.031/877379.

Calabrone (PI), 11/13 giugno 2009.

Corso di aggiornamento avanzato in "Il trattamento dell'autismo secondo il modello DIR™"
Info: tel.050.886247; www.inpe.unipi.it; paola.morganti@inpe.unipi.it.

Catanzaro, 6/10 luglio 2009.

International Summer School "Comparative Reserch Methodologies in Health and Medical Sociology" organizzata dall'European Society for Health and Medical Sociology e dal CRISP-Università Magna Græcia di Catanzaro, in collaborazione con Associazione Italiana di Sociologia.
Info: www.eshms.org; www.crisp.unicz.it; crisp@unicz.it.