

Classificare in Sanità: le famiglie delle classificazioni



G. Romano

Un requisito prioritario dell'appropriatezza prescrittiva e operativa dell'assistenza è costituito dallo sviluppo e dal continuo aggiornamento dei sistemi internazionali di classificazione e di valutazione delle patologie e delle relative conseguenze disabilitanti. In tutto il mondo tali sistemi sono attualmente impiegati per descrivere le caratteristiche cliniche della malattia, valutarne le ricadute sulla vita quotidiana, indicare le soluzioni terapeutiche o riabilitative, individuare il ruolo dell'ambiente sulle funzioni dell'organismo.

L'elaborazione di tali codici nasce da un'evoluzione nei secoli del concetto di salute: da semplice assenza di malattia, nel tempo tale condizione è stata sempre più intesa come completo benessere fisico, psichico e sociale. Negli ultimi trent'anni la disabilità quale categoria dello stato di salute è entrata a pieno titolo a far parte

dei più moderni sistemi di classificazione, che oggi pongono una particolare attenzione alle influenze che l'ambiente ha sul funzionamento dell'organismo umano e sulle sue restrizioni.

Verso una moderna concezione della salute: lo sviluppo dei sistemi di classificazione

Milioni di individui soffrono a causa di condizioni di salute che, in un ambiente sfavorevole, possono condurre a disabilità. L'impiego di un linguaggio comune da parte dei soggetti coinvolti nei diversi aspetti dell'assistenza e il tentativo di affrontare i problemi mediante approcci multidisciplinari sono modalità ottimali per aumentare l'aspettativa di vita delle persone disabili e migliorarne la qualità dell'esistenza.

Lo sviluppo e l'aggiornamento dei sistemi di classificazione e di

valutazione delle patologie e delle relative conseguenze disabilitanti è dunque un requisito prioritario per garantire l'appropriatezza prescrittiva e operativa dell'assistenza.

Nel maggio del 2001 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato l'ultima versione del sistema di valutazione e di classificazione di salute e disabilità - l'International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF) - oggi riconosciuto come gold standard da 191 Paesi nel mondo. Tra questi è inclusa l'Italia, che ha attivamente partecipato alla validazione del documento.

L'ICF si basa fondamentalmente su due assiomi:

- ▶ ogni essere umano può avere un problema di salute;
- ▶ l'ambiente ha un ruolo fondamentale nel determinare la disabilità.

Tali affermazioni non riguardano solo una minoranza di persone, ma possono coinvolgere la popolazione a qualsiasi livello e rappresentano quindi uno strumento di riferimento per tutto ciò che concerne la sfera complessa della disabilità, riconoscendola come esperienza umana universale. Il nuovo sistema di classificazione è il risultato di un lungo processo di revisione intrapreso nel 1993 dall'OMS a partire dall'International Classification of Impairments, Disabilities and Handicaps o ICIDH (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Svantaggi Esistenziali), a sua volta elaborata nel 1980. Nel nostro Paese tale compito è stato svolto fin dal 1998 dal Disability Italian Network (DIN), una rete - inizialmente informale - costituita da istituzioni, servizi, esperti e associazioni di persone disabili e coordinata dall'Agenzia Regionale della Sanità della Regione Friuli Venezia Giulia. Tale organismo ha organizzato la presentazione ufficiale della versione italiana dell'ICF, denominata Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Salute e della Disabilità, che si è svolta a Trieste il 17 aprile del 2002 durante la Conference on Health and Disability dell'OMS.

La nuova classificazione della disabilità nasce come logica conseguenza dell'evoluzione storica e culturale del concetto di malattia. A tale riguardo l'OMS, ancor prima dell'elaborazione dell'ICIDH e dell'ICF, aveva provveduto a una definizione internazionale univoca di tutte le condizioni di salute (malattie, disturbi, lesioni, etc.) mediante la International Statistical Classification of Diseases and Related Health Problems o ICD (Classificazione Internazionale delle Malattie). Tale strumento è tuttora utilizzato a livello nazionale e internazionale e periodicamente revisionato e aggiornato.

Oltre all'ICD esistono altri siste-

mi di classificazione per gruppi specifici di patologie. Per quanto riguarda in particolare le malattie mentali, il principale riferimento è la quarta versione del Manuale Diagnostico e Statistico dei Disturbi Mentali (DSM IV) realizzato dall'American Psychiatric Association.

L'ICD e l'ICF sono strumenti tra loro complementari: mentre il primo tratta essenzialmente della manifestazione clinica a partire dalla sua eziologia sino alla diagnosi della malattia, il secondo classifica il funzionamento e la disabilità correlati alle condizioni di salute. Per meglio comprendere tali concetti e il razionale che ne sta alla base, insieme alla complessità delle esigenze che hanno condotto alle versioni attualmente in uso dei sistemi classificatori, è utile ripercorrere i passaggi storici, sociali, economici e culturali che hanno guidato e positivamente condizionato il lavoro degli esperti nell'ottica di raggiungere un miglioramento comune del benessere, se pur nella condizione di disabilità.

Malattia e salute: due entità che coesistono

Già nella mitologia greca le due entità malattia e salute erano rappresentate dalle figlie del dio Asclepio: Panacea, che aveva il compito di curare, e Igea, che si occupava di promuovere il benessere.

Con il passare dei secoli la medicina si è sempre più identificata nella prima raffigurazione e il divario tra le due figure si è via via acuito. La salute come tema degno di considerazione è tornata a far parte dei beni socialmente e collettivamente raggiungibili soltanto durante l'illuminismo. Tale concetto si è sviluppato successivamente nell'epoca della rivoluzione industriale, con un significato per lo più utilitaristico in quanto associato alla necessità di proteggere la forza lavoro. Fu proprio tale obiettivo a promuovere allora i primi interventi di

tutela della salute: il miglioramento degli ambienti e delle condizioni lavorative, la limitazione dello sfruttamento minorile, lo smaltimento dei rifiuti industriali e una maggior sensibilità nei confronti dell'inquinamento avevano evidenziato infatti che la riduzione delle abilità individuali non era necessariamente riconducibile a una specifica malattia, ma dipendeva da una pluralità di fattori esterni e non sempre era curabile con interventi assistenziali dedicati al singolo individuo.

Negli anni che seguirono si pose un'attenzione sempre maggiore a questi temi, giungendo intorno alla metà del ventesimo secolo a una visione del tutto innovativa del concetto di salute.

Nel 1948 l'OMS definiva per la prima volta tale condizione come:

"Un completo stato di benessere fisico, psichico e sociale e non più la semplice assenza di malattia"

Allora la definizione dell'OMS fu in parte criticata, sia perché nell'immediato dopoguerra lo stato di benessere così invocato sembrava irraggiungibile, sia perché non esistevano al momento indicatori di misurazione attendibili e condivisi su scala internazionale. I principali pregi della nuova definizione erano tuttavia quelli di aver identificato ambiti interattivi nella determinazione del livello di benessere, di aver individuato la necessità di un'analisi dei bisogni della persona e, soprattutto, di aver sottolineato l'importanza dello stato di salute quale processo continuamente migliorabile in quanto privo di una soglia massima raggiungibile.

Assistenza primaria: un diritto universale

Nel 1978, con la dichiarazione di Alma Ata, l'OMS definiva le componenti dell'assistenza primaria sottolineandone l'essenza di fondamentale momento di incontro tra gli individui, le famiglie, la comunità e lo Stato, sen-

za alcuna distinzione in termini di fruizione. L'esortazione a tutti i governi era quella di cooperare a livello internazionale e di agire nell'ambito nazionale a favore di un'assistenza di base che riducesse le disuguaglianze tra le diverse aree del pianeta.

Si affermava nei fatti il diritto alla salute. Ciò in accordo con l'Articolo 25 della Dichiarazione dei Diritti dell'Uomo secondo cui:

"Ogni persona ha diritto a un adeguato livello di vita che assicuri a lui e alla sua famiglia la salute e il benessere, inclusi il cibo, il vestiario, l'abitazione, l'assistenza medica e i servizi sociali necessari, e il diritto alla sicurezza in caso di disoccupazione, malattia, disabilità, vedovanza e vecchiaia". (TAB. 1)

Nello stesso anno, con la Legge 833 del dicembre del 1978, l'Italia istituiva il suo primo Servizio Sanitario Nazionale. Da allora il cammino compiuto è stato lungo e articolato: alle uniche strutture esistenti all'inizio - gli ospedali e gli ambulatori per la cura delle malattie - in seguito si sono gradualmente aggiunti i servizi territoriali. Le implicazioni sono state via via crescenti: dalla prevenzione all'assistenza materno-infantile, dall'alimentazione alla veterinaria, dai rapporti con la scuola all'educazione, dalla tutela della salute dei lavoratori all'integrazione sociosanitaria con il coinvolgimento attivo delle comunità locali.

Un nuovo concetto di benessere e di salute

Nel 1986 l'OMS pubblicava la Carta di Ottawa contenente un'esplicita definizione del concetto di promozione della salute inteso come:

"Processo che mette in grado l'uomo di aumentare il controllo sul proprio stato di salute al fine di migliorarla attraverso l'individuazione e la realizzazione delle proprie aspirazioni,

il soddisfacimento dei propri bisogni e l'interazione produttiva con l'ambiente circostante"

La nuova definizione di benessere sanciva la necessità di valorizzare ciò che un individuo è in grado di fare quale dimensione essenziale in qualsiasi valutazione o classificazione.

È evidente il cambiamento culturale che era intervenuto e il nuovo clima che si respirava a livello internazionale. Non si parlava più di malattia per definire la salute: quest'ultima aveva ormai raggiunto una dimensione autonoma fortemente accresciuta perché appartenente a tutta la popolazione.

Dalla Carta di Ottawa scaturiva

lute di un individuo, di una comunità o di una popolazione che non preveda un'analisi delle diverse variabili ambientali e la loro influenza sulla qualità della vita di una persona o della collettività.

Lo stato di salute attuale è dunque correlato a diversi ambiti di intervento, quali l'educazione, l'alimentazione, l'agricoltura e l'allevamento, l'industria, l'edilizia abitativa, l'approvvigionamento idrico, la tutela dell'ambiente, la pianificazione urbanistica, l'assetto del territorio e molto altro ancora.

Si può pertanto affermare, secondo l'attuale modalità di definire i diversi ambiti, che la sanità è soltanto una delle variabili

(TAB. 1) Componenti principali dell'assistenza primaria secondo l'OMS:

- ▶ Educazione sanitaria
- ▶ Promozione di un corretto regime alimentare
- ▶ Approvvigionamento idrico
- ▶ Assistenza materna e infantile
- ▶ Vaccinazione
- ▶ Trattamento delle patologie
- ▶ Erogazione dei farmaci

nel 2000 il documento dell'OMS Salute per tutti dove si auspicava il raggiungimento dell'equità in tema di salute attraverso strategie idonee e si affermava la centralità del rapporto uomo/ambiente, al fine di individuare le diverse variabili e la loro influenza sulla qualità della vita di una comunità. Oggi la salute viene vissuta negli ambiti organizzativi della vita quotidiana, dello studio, del lavoro e dello svago e rappresenta pertanto un importante investimento sociale. In linea di principio si è affermato finalmente il concetto che l'esistenza e la salute possono sussistere solo se l'ambiente lo consente. A partire da ciò si comprende come possa essere ormai limitato, o peggio privo di senso, un approccio finalizzato a descrivere lo stato di sa-

della funzione salute, o meglio che essa è uno dei diversi enti che appartengono all'insieme salute. Lo stato di benessere di una popolazione è dunque direttamente collegato al modello di sviluppo del Paese cui essa appartiene, alla sua ricchezza e agli investimenti attuati per migliorare la qualità della vita del cittadino. Indipendentemente dai principi generali, gli interventi dello Stato per la tutela della salute cambiano dunque nel tempo anche in rapporto all'andamento dell'economia nazionale e internazionale.

Riabilitazione e disabilità

Gli eventi distruttivi come le guerre, in particolare la Seconda Guerra Mondiale, o l'aumento

degli incidenti stradali conseguente allo sviluppo dell'industria dell'automobile hanno posto in maniera sempre più pressante il problema del risarcimento dei cittadini in termini assistenziali. Di contro la riabilitazione si è nel frattempo evoluta grazie allo sviluppo di nuove tecniche che hanno consentito recuperi funzionali prima insperabili e il progresso tecnologico ha reso disponibili materiali innovativi grazie ai quali realizzare ausili di nuova generazione.

A partire dagli anni sessanta l'attenzione nei confronti delle esigenze del singolo è via via aumentata. In primo luogo l'urbanistica ha dettato nuovi criteri e principi per lo sviluppo delle città e per la progettazione di arredi urbani privi di barriere e fruibili da tutti i cittadini. Il decennio che va dagli anni sessanta agli anni settanta ha messo poi in discussione l'organizzazione e l'ordine sociale allora vigente: si sono affermati i diritti individuali di cittadinanza e di uguaglianza di accesso alle prestazioni dello Stato. Come già anticipato, anche il concetto di salute era allora in corso di rivisitazione e si andava consolidando quale diritto di ogni cittadino.

Negli ultimi decenni infine il progresso scientifico e tecnologico ha migliorato le possibilità di cura delle malattie, ridotto l'invasività di molte pratiche diagnostiche e terapeutiche e offerto ausili a elevato contenuto tecnologi-

co prima impensabili. In generale la maggiore efficacia delle cure ha indotto un miglioramento rilevante della prognosi di malattie un tempo a esito infausto o senza restituito ad integrum. Ciò ha determinato una serie di situazioni inedite: un incremento del numero di soggetti il cui stato funzionale non era più normale, ciò in seguito alla presenza di anomalie congenite che fino a qualche anno prima erano a basso indice di sopravvivenza, la cronicizzazione di alcune malattie che erano sempre state ad andamento acuto o per lo più letali e l'aumento di incidenti stradali e sul lavoro, prima meno frequenti. Nel tempo ci si è trovati dun-

que a fare i conti con una categoria sempre più importante nella delineazione dello stato di salute: la disabilità.

Definizione di disabilità

Il termine disabilità si è sviluppato negli ultimi trent'anni e denota uno stato funzionale dell'individuo che si discosta dalla normalità. Esso è stato inserito all'interno della vecchia triade terminologica utilizzata dalla medicina legale per meglio connotare il termine "menomazione" e per non abusare dell'altro - "handicap", che non sempre dipende dalla persona.

La nuova definizione ha in qualche modo favorito l'acquisizione



(TAB. 2) Stadi di sviluppo del processo morboso in relazione all'individuo:

- ▶ Malattia: nell'individuo si verifica un'anomalia, si manifestano i sintomi e si osserva un'alterazione patologica nella struttura o nel funzionamento dell'organismo;
- ▶ Menomazione: la malattia si esteriorizza, si riconosce che qualcosa non va e che l'individuo non è sano;
- ▶ Disabilità: l'efficienza e il comportamento del soggetto risultano alterati, la disabilità è l'oggettivazione dell'esperienza di malattia, cioè quanto la malattia incide sulle capacità dell'individuo di svolgere le normali azioni vitali;
- ▶ Handicap: la consapevolezza della disabilità e l'alterazione del comportamento o dell'efficienza, che ne derivano, pongono il soggetto in una situazione di svantaggio rispetto agli altri, l'handicap rappresenta la socializzazione della malattia, cioè la risposta della società nei confronti dell'individuo malato e il grado di limitazione che quest'ultimo vive nel suo ambiente.

(TAB.3) Revisioni e aggiornamenti delle classificazioni:

► Le revisioni dei sistemi di classificazione costituiscono interventi complessi in quanto prevedono modifiche sostanziali per ciò che riguarda la codificazione delle condizioni morbose, i cambi di struttura dei capitoli e l'introduzione di nuovi concetti.

► Gli aggiornamenti sono interventi più semplici poiché si costruiscono sulla revisione esistente, implicano correzioni e risoluzioni rapide ai problemi incontrati e prevedono l'inserimento di ulteriori dettagli, l'interpretazione delle regole per la codifica e l'inserimento di nuovi termini. Essi realizzano in pratica un'armonizzazione dei contenuti. Attualmente gli aggiornamenti vengono operati con due cadenze (aggiornamenti "maggiori" ogni tre anni e aggiornamenti "minori" ogni anno), sebbene siano ancora pochi i Paesi che riescono a renderli effettivi entro le date indicate dall'OMS.

del concetto che le abilità perse possono essere in alcuni casi recuperate o vicariate e che l'handicap deve essere contestualizzato in base alle condizioni socio-economiche, relazionali e ambientali del singolo individuo. Ciò risulta evidente alla luce dei diversi stadi che caratterizzano lo sviluppo della condizione morbosa in relazione alla persona. (TAB.2) L'aver definito un ambito di appartenenza per un insieme variegato di cittadini e l'aver sperimentato la possibilità del recupero di migliori condizioni di vita e di autonomia ha dunque sollecitato gli organismi sanitari internazionali a occuparsi delle cure dedicate ai disabili.

Dalla malattia alle sue conseguenze

La cultura medica della prima parte del ventesimo secolo, incentrata sulla malattia e sulla sua guarigione, aveva elaborato un concetto di "guarigione clinica" che non faceva riferimento agli esiti di salute. La classificazione internazionale delle malattie non

era idonea a tale scopo e pertanto si limitava a utilizzare la locuzione "affetto da esiti di...", che non aveva alcun chiaro significato medico. In realtà alcune condizioni fisiche stabili sono difficili da definire in termini di malattia, di evoluzione e di terapia. Anche le definizioni diagnostiche che descrivono una patologia o una sindrome talvolta non fanno cenno allo stato di salute e ai bisogni di una persona disabile e, fatto ancor più significativo, non accennano al suo stato di disabilità.

L'incremento delle patologie croniche associato all'aumento dell'aspettativa di vita ha portato alla necessità di prendere in carico il paziente per lungo tempo e di attribuire un'importanza sempre maggiore alle conseguenze della malattia, intese come le diverse reazioni dell'individuo affetto, dei suoi familiari e di chi è preposto alla sua assistenza.

In conclusione, allo stato attuale, la questione a cui tutti i sistemi sanitari devono rispondere, dopo aver deciso i limiti di intervento,

è come garantire l'equità di accesso al servizio e l'eguaglianza dell'assistenza nel rispetto di quanto previsto dalle prestazioni erogabili.

La domanda non è retorica in quanto dal tipo di risposta dipende l'entità della spesa, il livello di democrazia, la soddisfazione degli utenti e, indirettamente, l'evoluzione del sistema.

I sistemi di classificazione internazionali: strumenti di lavoro essenziali

Nel 1920 Edgar Sydenstricker, pioniere della statistica applicata ai temi di sanità pubblica, affermava: "Non è possibile sperare in uno sviluppo uniforme dell'epidemiologia sino a quando non saranno raccolte correntemente e dettagliatamente statistiche accurate e complete sull'incidenza delle malattie in differenti gruppi di popolazione e in diverse condizioni ambientali".

E proprio agli inizi del ventesimo secolo vanno fatti risalire i primi tentativi di realizzare una classi-

(TAB.4) Principali obiettivi dei sistemi di classificazione internazionali:

- Codificare in maniera corretta gli eventi morbosi e gli atti a essi correlati (terapia, assistenza, etc.).
- Confrontare i dati che descrivono le varie realtà e le manifestazioni morbose nelle diverse aree del mondo allo scopo di lavorare su obiettivi comuni.
- Delineare un quadro preciso del peso di una malattia sulla popolazione in termini sia quantitativi sia qualitativi.
- Ipotizzare le cause di sviluppo di una malattia valutandone le peculiarità nei diversi luoghi di origine.
- Attuare strategie preventive e/o terapeutiche comuni e il più possibile efficaci grazie alla conoscenza completa della distribuzione di un evento morboso.
- Elaborare parametri di spesa specifici essenziali per la messa in atto di programmi di politica economica efficaci e moderni.

ficazione sistematica delle malattie come quella invocata da Sydenstricker. Già in quell'epoca infatti gli operatori sanitari e gli statistici sentivano urgente l'esigenza di una standardizzazione e di una corretta descrizione degli eventi al fine di codificarli in maniera esaustiva. Da allora il cammino è stato lungo e articolato e ha portato all'elaborazione da parte dell'OMS di strumenti di classificazione sempre più dettagliati e sottoposti a continue revisioni e aggiornamenti (TAB. 3).

nessioni esistenti tra le famiglie di indicatori e il significato tassonomico dei codici utilizzati, nonché la loro struttura e il loro funzionamento, in modo da utilizzarli in maniera consapevole e competente.

È infine fondamentale che se ne percepisca l'importanza e che si consideri la corretta compilazione delle cartelle nosologiche non come perdita di tempo ma come concreto investimento sulla conoscenza e sull'evoluzione della pratica clinica.

care di ogni ente (persona, animale, evento o cosa) tutte le caratteristiche conosciute. Le classificazioni biologiche di questo tipo, dette ad albero rovesciato, permettono di attribuire un numero identificativo a ogni livello, in modo da aggiungere via via numeri ai livelli successivi. Il codice numerico o alfanumerico finale rappresenta l'indirizzo unico per trovare ciascun singolo ente contenuto nella classificazione. L'uso di tali codici in sostituzione a voci descrittive, se da un la-



Oggi i codici di classificazione internazionali vengono impiegati dagli operatori sanitari per descrivere le malattie e valutarne le ricadute sulla vita quotidiana, indicare soluzioni terapeutiche o riabilitative, individuare il ruolo dell'ambiente nelle funzioni dell'organismo e delineare gli strumenti utili all'autorealizzazione personale (TAB. 4).

Lo sviluppo di sistemi condivisibili e sempre più esaurienti ed esplicitivi è dunque fondamentale e giustifica le energie investite in questo ambito dagli organismi nazionali e internazionali.

Affinché tali strumenti siano veramente utili devono tuttavia essere comprese appieno le con-

Terminologia delle classificazioni

Prima di entrare nel merito degli strumenti di classificazione è utile ricordare il significato di alcuni termini che, pur appartenendo a discipline tra loro anche molto diverse, in questo ambito saranno utilizzati con finalità specifiche e univoche.

Classificazione: è la suddivisione in classi omogenee, per una o più caratteristiche, di una popolazione di enti, in modo che a ciascuna classe appartengano solo entità con le caratteristiche assegnate alla classe stessa. È possibile costruire infinite classificazioni assegnando sottoclassi a ogni classe. Ciò permette di elen-

to non rende immediatamente fruibile una classificazione in quanto richiede una decodificazione, dall'altro risolve il problema della traduzione in altre lingue, costituendo un linguaggio artificiale e pertanto potenzialmente universale.

Misurazione: è l'assegnazione di un valore quantitativo a una grandezza (o a una serie di grandezze) rispetto a un'altra presa come unità di misura (e ai suoi multipli e sottomultipli). Tale valore deriva dal rapporto tra la grandezza da misurare e la grandezza unitaria.

Valutazione: è l'assegnazione di un valore approssimativo alle differenze fra grandezze. L'appros-

(TAB.5)Principali obiettivi dell'ICIDH:

Confrontare i dati di incidenza o di prevalenza delle patologie nei diversi Paesi, rendendo possibile la conoscenza delle dimensioni del fenomeno e della sua evoluzione.

Formulare precise definizioni, che consentano di acquisire informazioni quantitative e qualitative meno discontinue e più omogenee.

Mettere in atto strategie terapeutiche e riabilitative mirate, attuando politiche sanitarie di sostegno e di integrazione dei soggetti disabili.

simazione è scelta in rapporto allo scopo. Per esempio, se si deve percorrere un tragitto a piedi, l'espressione "uno o due chilometri" rappresenta una valutazione con un'approssimazione poco utile in quanto la differenza tra i due valori percepita da chi compie il tragitto a piedi è elevata. Se il medesimo tragitto è percorso in auto, la stessa espressione rappresenta una valutazione con un'approssimazione utile, in quanto la differenza percepita, in termini di tempo necessario a compiere il tragitto, è minima.

Classificazione internazionale delle malattie: ICD e ICD-CM

Per quanto riguarda le malattie il riferimento attuale a livello nazionale e internazionale è l'ICD. Si tratta di un sistema nel quale le malattie e i traumatismi sono ordinati per finalità statistiche in gruppi tra loro correlati. Lo scopo finale è quello di permettere la rilevazione, l'analisi, l'interpretazione e la comparazione sistematica dei dati di mortalità e morbosità raccolti in differenti Paesi o aree, anche in tempi diversi. L'ICD è utilizzata per tradurre le diagnosi delle malattie e di altri problemi sanitari in codici alfanumerici, che rendano possibile una semplice memorizzazione, ricerca e analisi dei dati a livello universale a scopi epidemiologici generali e di gestione della sanità. Tali scopi includono:

- ▶il monitoraggio dell'incidenza e della prevalenza di malattie;
- ▶l'osservazione di ulteriori problemi sanitari in relazione ad altre variabili (per esempio, le caratteristiche e le circostanze degli individui affetti).

Per consentire una classificazione più precisa e analitica delle procedure cliniche associate alle diverse malattie, sono state elaborate versioni modificate dell'ICD con l'aggiunta delle voci "diagnosi" e "terapia" a quelle di "eziologia" e "sede anatomica". Per quest'ultimo tipo di classificazione all'ICD è stato aggiunto l'acronimo CM, derivato dall'anglosassone Clinical Modifications, dove il termine "clinical" è utilizzato per sottolineare le modifiche di natura clinica introdotte. Al pari degli altri sistemi di classificazione l'ICD e l'ICD-CM so-

no soggette ad aggiornamenti e a revisioni periodici, dai quali derivano versioni modificate o ampliate dell'intero sistema. Attualmente in Italia è in uso la versione ICD9-CM ed è già disponibile la decima versione ICD10, pubblicata dall'OMS nel 1992. La prima traduzione in italiano dell'ICD10 è stata realizzata nel 2000.

Dalla malattia alle sue conseguenze: l'ICIDH

La concezione del processo morboso non come entità a sé ma come evento che ha importanti ricadute sulla vita di ogni individuo rappresenta la base per la stesura dell'ICIDH pubblicata nel 1980 dall'OMS. Allora lo scopo era quello di fornire uno strumento univoco e standardizzato per la classificazione su scala



- ▶l'analisi della situazione sanitaria di gruppi di popolazione;

mondiale degli eventi morbosi unito alle indicazioni per l'attuazione di terapie e interventi riabilitativi mirati. (TAB.5)

A differenza dell'ICD, che si preoccupa di classificare le malattie e/o i sintomi, l'ICIDH valuta qualsiasi modificazione dello stato di salute che abbia la potenzialità di interferire con le attività quotidiane e in seguito alla quale il soggetto dovrebbe o potrebbe rivolgersi ai servizi sanitari per la risoluzione dell'handicap. Un dato interessante che emerge dalla lettura di questa classificazione è la prerogativa di analizzare la menomazione, la disabilità e l'handicap secondo la logica di formulare per ogni singolo individuo un profilo dinamico funzionale che, a partire dalla valutazione delle individualità del soggetto e del suo potenziale residuo, lo collochi nella società in cui vive, programmando un percorso riabilitativo e di integrazione personale individualizzato.

Struttura dell'ICIDH

La struttura dell'ICIDH si basa sulla sequenza terminologica, già citata nella definizione della disabilità: Lesione-Menomazione-Disabilità-Handicap.

A seguito di un evento morboso, sia esso una malattia congenita o un incidente (lesione), una persona può subire una menomazione, ovvero la perdita di una funzione o un'anomalia strutturale o funzionale, fisica o psichica.

La menomazione può portare a disabilità, ovvero alla limitazione della persona nello svolgimento di una o più attività considerate normali per un essere umano della stessa età.

A sua volta la disabilità può condurre all'handicap, ovvero allo svantaggio sociale che si manifesta quando l'individuo interagisce con l'ambiente. Tale sequenza non è sempre così semplificabile: per esempio, l'handicap può essere la conseguenza di una menomazione, senza che per questo

sia intervenuto uno stato di disabilità; viceversa si può essere disabili senza essere handicappati. Anche l'ICIDH è suscettibile a revisioni e ad aggiornamenti: la prima versione è quella dell'ICIDH1 del 1980; la seconda, l'ICIDH2, è stata elaborata dall'OMS nel 1999.

Dalle conseguenze di malattia alle componenti di salute: dall'ICIDH all'ICF

Basandosi sulla considerazione che ogni individuo potrebbe avere problemi di salute e che l'ambiente riveste un ruolo fondamentale nel determinare la disabilità, nel 2001 l'OMS ha elaborato un sistema di classificazione innovativo quale evoluzione dell'ICIDH: l'ICF.

A differenza dell'ICIDH, l'ICF non è una classificazione delle "conseguenze della malattia" ma delle "componenti della salute". In tal senso essa riguarda non solo i soggetti disabili ma tutti gli individui proprio perché informa sul funzionamento dell'organismo umano e sulle sue restrizioni.

L'ICF utilizza inoltre una terminologia più neutrale in cui i termini "funzioni, strutture corporee, attività e partecipazione" vanno a sostituirsi ai termini con accezione più negativa "lesione, menomazione, disabilità e handicap".

Si propone infine quale strumento di classificazione indicato a diversi ambiti, dai settori della sanità ai servizi sociali, nonché a essere utilizzato quale strumento educativo, clinico, politico, di ricerca e di statistica.

Molti professionisti ne fanno uso nell'area assicurativa, economica,

formativa, del lavoro, della sicurezza e della legislazione.

ICF: rappresentazione tridimensionale della disabilità

La sequenza alla base dell'ICIDH viene superata nell'ICF da un approccio multiprospettico alla classificazione del funzionamento e della disabilità secondo un processo interattivo ed evolutivo. La nuova classificazione integra, in base a un modello di tipo "biopsicosociale" (in cui la salute viene valutata complessivamente secondo tre dimensioni: biologica,



individuale e sociale) la concezione medica con quella sociale della disabilità. È in sostanza il passaggio da un approccio individuale dello studio della disabilità a un altro di tipo socio-relazionale. La disabilità viene intesa infatti come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui egli vi-

AGGIORNARSI È UN DOVERE QUALIFICANTE.



Il volume **"IMMUNITÀ E PATOLOGIE CORRELATE"** è certamente un punto fermo per l'aggiornamento dei medici di ogni singola specialità. Un libro che non può mancare nella biblioteca del medico



Per richiedere il volume **"IMMUNITÀ E PATOLOGIE CORRELATE"** chiamate il numero 02.878397 oppure inviate una e-mail a cesil@cesil.com



ve. Ne consegue che ogni soggetto, in determinate condizioni di salute, può trovarsi in un ambiente con caratteristiche che possono limitare o restringere le sue capacità funzionali e di partecipazione sociale. Correlando la condizione di salute all'ambiente, l'ICF promuove un metodo di misurazione della salute, delle capacità e delle difficoltà nella realizzazione di attività che permette di individuare gli ostacoli da rimuovere o gli interventi da effettuare, affinché la persona possa raggiungere il massimo dell'autorealizzazione. L'implementazione della classificazione ICF, per quanto riguarda l'ambito di sanità pubblica potrebbe consentire il raggiungimento di un duplice obiettivo:

- ▶ migliorare l'appropriatezza degli interventi clinico-sociali-assistenziali, grazie a una diversa capacità di monitorare gli interventi e i risultati correlati;
- ▶ promuovere un'immagine aziendale proiettata verso una trasparenza universale delle azioni e una predisposizione globale al dialogo e all'interfacciamento con i sistemi sanitari più evoluti.

Prof. Giovanni Romano
 Presidente Comitato
 Scientifico della Società
 Italiana di Riabilitazione
 S.I.Ria.

References

1. "Classificazioni Internazionali in ambito sanitario" (<http://www.who.int/classifications/en>);
2. Comodo N, Maciocco G. Igiene e sanità pubblica. Carocci Faber Editore, Roma 2002;
3. Comunità Economica Europea, Trattato di Amsterdam, 1977;
4. Damiani G, Ricciardi G. Manuale di programmazione e organizzazione sanitaria. Idelson-Gnocchi, Napoli 2004; Hamonet C, Magalhaes T. Système d'identification et de mesure des handicaps. Ed. ESKA, Paris 2001; Hamonet C. Que sais-je? Les personnes handicapées. PUF, Paris 2000;
5. ICD10 - versione italiana (http://www.ministerosalute.it/servizio/pubblicazioni/brochure_icd10.pdf);
6. ISTAT. La codifica automatica delle cause di morte in Italia: aspetti metodologici e implementazione dell'ICD10 (http://www.istat.it/dati/catalogo/20050118_00/nuova-codautotmesto.pdf);
7. ISTAT. La nuova indagine sulle cause di morte. La codifica automatica, il bridge coding e altri elementi innovativi, Metodi e Norme 2001, N° 8;
8. Leonardi M. Disabilità oggi: la classificazione internazionale della funzione e della disabilità dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. ICIDH-2. In Valobra R.: Medicina fisica e riabilitazione 2000; 1(2): 11-19.

Curriculum vitae Giovanni Romano

NATO A NAPOLI IL 22.12.1946 IVI RESIDENTE ALLA VIA PARCO COMOLA RICCI 120/B.
 LAUREATO IN MEDICINA E CHIRURGIA NEL 1976 , ABILITATO ED ISCRITTO ALL'ORDINE DEI MEDICI CHIRURGI DI NAPOLI NELLO STESSO ANNO.
 DOCENTE E RICERCATORE DAL 1980 PRESSO LA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI FEDERICO II DIPARTIMENTO DI CHIRURGIA GENERALE DELLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA.
 NELLA SUDETTA STRUTTURA SVOLGE ATTIVITA' ASSISTENZIALE IN QUALITA' DI DIRIGENTE RESPONSABILE DEL SETTORE DAY HOSPITAL CHIRURGICO.
 TITOLARE DI INSEGNAMENTO DI "TECNICA CHIRURGICA" PRESSO LE SCUOLE DI SPECIALIZZAZIONE CHIRURGICHE FEDERICIANE .
 INSERITO NEL PROGRAMMA DI ESPLETAMENTO DI PRELIEVO DI PANCREAS E DI RENE DA CADAVERE A SCOPO DI TRAPIANTO TERAPEUTICO.
 HA CONSEGUITO NEL 1986 LA IDONEITA' NAZIONALE A PRIMARIO DI CHIRURGIA.
 NONCHE' LA SPECIALIZZAZIONE IN "CHIRURGIA DI URGENZA PRONTO SOCCORSO E TRAUMATOLOGIA" PRESSO LA SECONDA UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI NAPOLI.
 TRA LE ATTIVITA' DIDATTICHE ED ASSISTENZIALI VA ANNOVERATO IL RUOLO DI RESPONSABILE E COORDINATORE DEI MASTER DI I LIVELLO "STOMATERAPIA ED INCONTINENZA" ANNO 2004/5.
 "TRATTAMENTO DELLE LESIONI CUTANEE". ANNO 2005/6.
 TENUTISI PRESSO LA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA FEDERICO II.

PER QUANTO ATTIENE ALLA PRODUZIONE SCIENTIFICA E' AUTORE DI CINQUANTACINQUE LAVORI PUBBLICATI SU EMINENTI RIVISTE MEDICHE, E DI UN CAPITOLO DEL TESTO DI MEDICINA "LA CHIRURGIA", EDITO DALLA IDELSON ED ADOTTATO DALLA FACOLTA' DI MEDICINA E CHIRURGIA FEDERICO II.
 TRA GLI INCARICHI DI PRESTIGIO VA RICORDATA LA PARTECIPAZIONE DAL 1996 AL 2002 ALLO STAFF EDITORIALE, QUALE ESPERTO, NEL COMITATO SCIENTIFICO DELLA PRESTIGIOSA RIVISTA MEDICA, "LEADERSHIP MEDICA" PUBBLICATA IN ITALIA E NEGLI STATI UNITI - SULLA STESSA HA PUBBLICATO NEL 1996 UN EDITORIALE SUL TRATTAMENTO CHIRURGICO DEL CARCINOMA DELLA TIROIDE
 PER QUANTO ATTIENE L'ATTIVITA' CHIRURGICA OPERATORIA, UNA PROVA-TA ESPERIENZA SUL CAMPO E' FRUTTO DI CIRCA TREMILA INTERVENTI EFFETTUATI IN UN TRENTENNIO DI ATTIVITA' PRESSO STRUTTURE SANITARIE PUBBLICHE E PRIVATE.
 A TUTT'OGGI SVOLGE LA PROPRIA ATTIVITA' COME CHIRURGO GENERALE E SPECIALISTICO, FACENDO PARTE DELLA EQUIPE AFFERENTE AL " CENTRO DI ECCELLENZA PER LA INNOVAZIONE TECNOLOGICA IN CHIRURGIA ".
 INFINE PER QUANTO ATTIENE L'ATTIVITA' DI CONSULENZA, ISCRITTO DAL 30/11/1998 NELL'ALBO DEI CONSULENTI MEDICI CHIRURGI DI UFFICIO DEL TRIBUNALE DI NAPOLI, CON MATR.6243, HA ESPLETATO IN TALE AMBITO NUMEROSI INCARICHI DI CONSULENZA PER PROCEDIMENTI PENDENTI INNANZI IL TRIBUNALE DI NAPOLI.