

Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY

Autori:

Gianluca Lo Presti, Dottore in Psicologia

Barbara Antonella Lombardo, studentessa in Scienze e Tecniche Psicologiche

Recapito:

Gianluca Lo Presti, via agliastri n° 49, 98066, Patti (Me).

Cell: 340 75 25 186

Mail: gian_lopresti@yahoo.it

Riassunto

Lo scopo di questo lavoro è quello d'illustrare l'uso dell'ICF-CY nell'ambito della psicopatologia infantile ed adolescenziale. Inizieremo con una breve analisi del percorso che ha seguito l'OMS dalla pubblicazione dell'ICIDH sino al recente ICF-CY. In tal senso saranno approfonditi i principali sviluppi che hanno portato alla "necessità" di una classificazione del funzionamento dedicata esclusivamente a bambini ed adolescenti. A titolo esemplificativo saranno riportati due brevi casi clinici. Per ogni caso si approfondirà nel dettaglio una delle problematiche principali del soggetto, così da poter illustrare la costituzione delle categorie, e dunque, dalla classificazione ad un livello sino a quella dettagliata con le relative definizioni. In conclusione, ci soffermeremo sia sui problemi di natura tecnica che possono verificarsi nell'uso di questa classificazione, che sia sui fattori che rendono l'ICF-CY uno strumento sia utile quanto indispensabile.

Parole Chiave: apprendimento; strumento; diagnosi.

Summary

The purpose of this job is that to illustrate the use of the ICF-CY within the childish and adolescent psychopathological. We will begin with a brief analysis of the run that has actually followed the OMS from the publication of the ICIDH to the recent ICF-CY. In such sense the principals will be deepened developments that have brought to the "necessity" of a classification of the operation exclusively devoted to children and teenagers. To title exemplification will be brought two brief clinical cases. For every case it will deepen him in the detail one of the principal problem list of the subject, so that to be able to illustrate the constitution of the categories, and therefore, from the classification to a level actually to that detailed with the relative definitions. In conclusion, we will detain there both on the problems of technical nature that to can verify in the use of this classification, that it is on the factors that make the ICF-CY a tool is useful as essential.

Key words: learning; instrument; diagnosis.

Le classificazioni internazionali della disabilità e lo sviluppo dell'ICF-CY

Non è stato semplice, nel corso degli anni, definire in modo univoco la disabilità, in quanto si è spesso andato incontro all'uso di termini etichettanti.

A partire dal 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) ha pubblicato la prima classificazione della disabilità e delle menomazioni, intitolata ICIDH, nel quale vengono definiti i concetti di Menomazione, Disabilità ed Handicap (Buono e Zagaria, 2003).

Da allora, queste definizioni hanno subito una rapida evoluzione, non solo dal punto di vista prettamente linguistico, ma anche concettuale e, quindi, sociale.

Lungi dal voler fare una particolareggiata rassegna storica delle varie tappe che hanno portato alla più recente definizione di disabilità, vediamo in generale le evoluzioni che il concetto ha subito.

Come sottolineato da Di Nuovo e Buono (2002), "l'ICIDH cerca di cogliere ciò che può avvenire in associazione e in conseguenza ad una malattia, utilizzando un approccio biopsicosociale e cercando un consenso in termini di linguaggio tra i diversi operatori."

I termini che l'ICIDH utilizza sono: Menomazioni; Disabilità; Handicap.

La *menomazione* viene definita come "qualsiasi perdita o anormalità a carico di una funzione psicologica, fisiologica o anatomica; essa rappresenta l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio essa riflette i disturbi a livello d'organo".

La *disabilità* viene invece intesa come "qualsiasi limitazione o perdita (conseguente a menomazione) della capacità di compiere un'attività nel modo e nell'ampiezza considerati normali per un essere umano. La disabilità rappresenta l'oggettivazione della menomazione e come tale riflette disturbi a livello della persona. La disabilità si riferisce a capacità funzionali estrinsecate attraverso atti e comportamenti che per generale consenso costituiscono aspetti essenziali della vita di ogni giorno".

L'*handicap* viene spiegato come "la condizione di svantaggio conseguente ad una menomazione o ad una disabilità che in un certo soggetto limita o impedisce l'adempimento del ruolo normale per tale soggetto in relazione all'età, al sesso e ai fattori socio-culturali. Esso rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e come tale riflette le conseguenze – culturali, sociali, economiche e ambientali – che per l'individuo derivano dalla presenza della menomazione e della disabilità. Lo svantaggio deriva dalla diminuzione o dalla perdita delle capacità di conformarsi alle aspettative o alle norme proprie dell'universo che circonda l'individuo" (OMS, 1980).

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY. *FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*

I limiti fondamentali dell'ICIDH consistono, innanzitutto, nel sostenere una visione prettamente lineare delle tre situazioni. Così da costituire un modello causale, con una consequenzialità temporale (Buono e Zagaria, 1999). In più, sembrerebbe non essere data abbastanza importanza al contesto sia sociale che ambientale per quanto concerne la costituzione dei processi di compromissione.

Questo, insieme ai nuovi mutamenti culturali intervenuti nel corso degli ultimi anni, specie per quanto riguarda sia gli atteggiamenti che i processi di integrazione, ha determinato la necessità di cambiare i linguaggi utilizzati dall'ICIDH.

In tal senso, nel 1997, l'OMS ha provveduto alla creazione di una versione modificata dello strumento, elaborando così l'ICIDH-2.

Per quanto riguarda gli aspetti linguistici, i termini etichettanti di menomazione, disabilità ed handicap della precedente versione vengono sostituiti con termini più neutri, introducendo connotazioni di carattere più positivo.

Difatti, i termini utilizzati sono quelli di “Funzioni e strutture corporee” (ex menomazioni), “Attività” (ex disabilità) e “Partecipazione” (ex handicap). Le tre dimensioni, secondo il modello dell'ICIDH-2 possono subire l'influenza dei “Fattori ambientali” e dei “Fattori personali”. Così da assumere una concezione della disabilità come fenomeno complesso.

Il 21 maggio 2001 è stato approvato, dai 191 Paesi partecipanti alla 54° World Health Assembly, l'uso della versione revisionata nota come “Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute” - ICF (OMS, 2001; Colombo, 2007).

L'ICF, a differenza dell'ICIDH del 1980, non costituisce una classificazione delle “conseguenze delle malattie”, bensì una classificazione delle “componenti della salute”.

L'ICF è suddiviso in due parti: *Funzionamento e Disabilità* e *Fattori Contestuali*. Ciascuna parte include due componenti. La parte *Funzionamento e Disabilità* include: il “Corpo” (che comprende due classificazioni, una per le funzioni dei sistemi corporei e una per le strutture corporee) e “Attività e partecipazione” (che comprende i domini inerenti gli aspetti del funzionamento, considerati da una prospettiva sia individuale che sociale).

I *Fattori Contestuali* sono suddivisi nelle componenti “Fattori ambientali” (organizzati dall'ambiente più vicino alla persona a quello generale) e “Fattori personali”, non classificati per la grande variabilità sociale e culturale (Buono e Zagaria, 2003). L'ICF intende quindi la disabilità come la “conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo” (OMS, 2001).

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY. *FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*

In questo breve excursus, si può notare come le recenti disposizioni si allontanino dai modelli prettamente sanitari, favorendo rappresentazioni della disabilità più legate alle implicazioni sociali delle problematiche (Scorretti, 2002).

Nel 2007, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha provveduto alla pubblicazione dell'ICF-CY (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute per Bambini e Adolescenti).

Come spiegato nella prefazione della classificazione, “l'ICF-CY è stato sviluppato per rispondere all'esigenza di una versione dell'ICF che potesse essere universalmente utilizzata per bambini e adolescenti nei settori della salute, dell'istruzione e dei servizi sociali” (OMS, 2007).

I principali sviluppi dell' ICF-CY hanno visto: la modifica o l'ampliamento delle descrizioni; l'assegnazione di un nuovo contenuto a codici inutilizzati; la modifica dei criteri di inclusione e di esclusione; l'ampliamento dei qualificatori per consentire l'inclusione di aspetti legati allo sviluppo del bambino.

La natura della cognizione e del linguaggio, il gioco, l'attitudine ed il comportamento del bambino che si sta sviluppando, sono delle questioni di cui si è tenuto conto nella versione ICF-CY.

Nello specifico, sono presenti quattro dimensioni chiave su cui si è basata la costituzione dell' ICF-CY. In generale abbiamo:

1. *Il bambino nel contesto della famiglia.* In questa fase evolutiva, l'influenza delle interazioni familiari sul funzionamento del bambino è maggiore che in qualunque altro momento successivo dell'arco della vita individuale. Sottolineando come le competenze acquisite durante questo periodo della vita sono quelle che più avranno influenza nella vita futura dell'individuo.
2. *Il ritardo evolutivo.* L'acquisizione di certe abilità, così come la comparsa di molte funzioni o strutture corporee, può avvenire con delle differenze individuali fra bambini ed adolescenti. Sono proprio queste variazioni che definiscono il concetto di ritardo evolutivo. Questo è un concetto da tenere presente perché abbiamo la possibilità di documentare l'estensione o la grandezza degli sfasamenti e dei ritardi nella comparsa di funzioni, strutture corporee e capacità, nell'esecuzione di attività.
3. *La partecipazione.* Questa è definita come “coinvolgimento nella situazione di vita”. È chiaro come i contesti di vita di bambini ed adolescenti siano nettamente diversi in confronto a quelli degli adulti. In tal senso, più un bambino è piccolo e più è

probabile (ed auspicabile) che la sue opportunità di partecipazione siano intermedie dai genitori o dai tutori.

4. *Gli ambienti.* Con tale terminologia si intendono “gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza”. Gli ambienti dei bambini e degli adolescenti possono essere considerati come una serie di sistemi successivi che li circondano, dal più immediato al più distale. Ognuno dei quali presenta un tipo di influenza diversa, a secondo dell'età e dello stadio evolutivo raggiunto. In tal senso, i fattori ambientali negativi hanno spesso un impatto molto più negativo sui bambini che sugli adulti. In maniera inversa, qualsiasi modificazione dell'ambiente risulta essere un fattore di facilitazione nello sviluppo, pieno ed in salute, dei bambini e degli adolescenti.

In conclusione, ricordiamo come l'unità di classificazione dell' ICF-CY non è una diagnosi, ma un profilo del funzionamento del bambino o dell'adolescente. In tal senso, lo scopo dell' ICF-CY è quello di descrivere la natura e la gravità delle limitazioni del funzionamento del bambino ed i fattori ambientali che influiscono su tale funzionamento (OMS, 2007).

Casi clinici

Sonia, bambina di 7 anni.

Sonia è una bambina di 7 anni, frequentante la 2° classe di della scuola primaria. È stata inviata presso un servizio pubblico di Neuropsichiatria Infantile. Dopo le procedure di assessment, risulta una diagnosi di Ritardo Mentale Lieve, con un Q.I.T. pari a 66 (cfr. criteri diagnostici APA, 2002).

Date le difficoltà linguistiche, Sonia è seguita da un logopedista. In tal senso, la bambina presenta un discorso molto frammentato oltre che un ridotto patrimonio semantico. Sonia sembrerebbe essere poco propensa a svolgere attività in gruppo. Anche, se incoraggiata da una persona più adulta, essa riesce a partecipare, ma l'atteggiamento rimane comunque di poca curiosità e scarsa partecipazione. Solo raramente prende l'iniziativa nell'interazione con i coetanei e più facilmente tende ad isolarsi. In alcune situazioni tende ad evitare il compito o a rifiutarsi esplicitamente.

Dato che l'obiettivo di questo lavoro concerne l'uso pratico dell' ICF-CY, ci soffermeremo solo sul problema del Ritardo Mentale, così d'avere la possibilità d'approfondire nel dettaglio e dall'inizio alla fine la costituzione di un codice.

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY. *FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*

I codici dell'ICF-CY, come già detto, si organizzano iniziando dal primo livello. Il nostro lavoro specificò prevederà le seguenti fasi: inizieremo con il considerare solo una *problematica specifica*, questa sarà inserita all'interno della *classificazione ad un livello* e successivamente passeremo alla *classificazione a due livelli*, infine, vedremo la *classificazione dettagliata con definizioni* ed il relativo *qualificatore*.

Problematica specifica: diagnosi di Ritardo Mentale Lieve (Q.I.T. 66).

Classificazione ad un livello: all'interno di *Funzioni Corporee* (b) risulta adeguato il capitolo 1 "Funzioni Mentali" (b1).

Classificazione a due livelli: all'interno di "Funzioni mentali globali" (b110-b139), è presente "Funzioni Intellettive" (b117).

Classificazione dettagliata con definizioni: Per Funzioni Intellettive (b117) si intendono le funzioni mentali generali richieste per capire e integrare in modo costruttivo le varie funzioni mentali, incluse tutte le funzioni cognitive e il loro sviluppo nell'arco della vita. Includiamo: funzioni della crescita intellettuale, ritardo intellettivo, ritardo mentale e demenza. Escludiamo: funzioni della memoria (b144), funzioni del pensiero (b160), funzioni cognitive di base (b163) e funzioni cognitive di livello superiore (b164).

Qualificatore: il qualificatore generico, su scala negativa, è usato per indicare l'estensione o la gravità di una menomazione, il suo giusto utilizzo dovrebbe essere correlato all'uso di strumenti standardizzati così da poter associare il qualificatore in base alla percentuale di funzionamento compromesso. Però questo non è sempre possibile, perché non esistono tanti strumenti per quante sono tutte le funzioni riportate nell'ICF-CY. In questo caso, si fa riferimento all'esperienza dell'operatore. La scala dei qualificatori è composta come segue: "0" NESSUNA menomazione (assente, trascurabile) 0-4% di compromissione; "1" menomazione LIEVE (leggera, piccola) 5-25%; "2" menomazione MEDIA (moderata, discreta) 25-49%; "3" menomazione GRAVE (notevole, estrema) 50-95%; "4" menomazione COMPLETA (totale) 96-100%; "8" e "9" rispettivamente non specificato e non applicabile. In questo caso, dato che la problematica specifica assume una connotazione standardizzata, stiamo parlando di un Ritardo Mentale di Lieve intensità. Ricordando come la scala di Ritardo Mentale varia da Lieve (Q.I. da 50-55 a 70), Medio (Q.I. da 35-40 a 50-55), Grave (da 20-25 a 35-40) e Profondo (Q.I. < 20-25) (APA, 2002), possiamo far coincidere il qualificatore "1" menomazione lieve, con la suddetta scala del Ritardo Mentale.

Il codice finale sarà: *d117.1*

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY. *FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*

Giovanni, bambino di 11 anni

Giovanni è un bambino di 11 anni frequentante il primo anno della scuola secondaria di 1° grado. È sin dall'inizio della scuola che Giovanni presenta problematiche relative all'apprendimento scolastico. Come previsto in queste situazioni, si è provveduto sia ad una diagnosi di 1° che di 2° livello per quanto concerne le problematiche d'apprendimento (AID, 2007).

Criteri di inclusione: i punteggi alla WISC-III (Orsini e Picone, 2006) risultano, sia di performance che verbali, nella norma (Q.I.T. = 91). Alla Batteria per la valutazione sia della scrittura che della competenza ortografica (Tressoldi e Cornoldi, 2000) ed anche alle prove AC-MT 11-14 (Cornoldi e Cazzola, 2007), i punteggi si discostano dalla norma di -1 D.S. solo in alcune prove di scrittura (dettato di brani con parole omofone; narrazione nella scrittura spontanea) e di calcolo (esegui le seguenti operazioni, calcolo approssimativo, problemi aritmetici, fatti procedure e principi, e); i punteggi si discostano di -2 D.S. nella scrittura solo nella prova di velocità di scrittura. Nel calcolo, abbiamo performance al di sotto delle 2 D.S. nei sub-test trasforma in cifre scritte e trascrivi in cifre i seguenti numeri.

Nelle nuove prove MT (Cornoldi e Colpo, 1995) le prestazioni sono al di sotto del 5° rango centile sia nella correttezza che nella rapidità, cosa che non avviene nella comprensione.

Criteri di esclusione: non sono presenti disturbi sensoriali o neurologici. Durante il colloquio anamnestico, sia con il soggetto che con i genitori ed alcuni insegnanti, non si sono rintracciati problemi psicologici gravi. In più, il soggetto non proviene né da una condizione di svantaggio socio-culturale né da un ambiente d'apprendimento povero di stimolazioni.

In sintesi, il soggetto mostra particolari problemi (- 2 D.S. o 5° rango centile) in comorbidità fra i seguenti domini:

- scrittura: velocità;
- calcolo: abilità nell'elaborazione sintattica del numero ed errori d'origine sintattica e lessicale;
- lettura: correttezza e rapidità.

Continuando il nostro lavoro nell'ottica di essere esemplificativi per quanto riguarda l'uso dell'ICF-CY, considereremo solo le problematiche relative alla lettura.

Problematica specifica: scarsa abilità nella correttezza e nella rapidità di lettura (-2 D.S.).

Classificazione ad un livello: in *Attività e Partecipazione* (d) abbiamo il primo capitolo dedicato a “Apprendimento ed applicazione delle conoscenze” (d1).

Classificazione a due livelli: in “Apprendimento di base” (d130-d159) abbiamo “Imparare a leggere” (d140).

Classificazione dettagliata con definizioni: Per “Imparare a leggere” (d140) si intende la capacità di sviluppare l’abilità di lettura del materiale scritto con fluenza e con accuratezza. La classificazione più appropriata è “Acquisire la pronuncia di parole scritte” (d1401), intendo con ciò l’apprendimento delle azioni elementari per la pronuncia di lettere, simboli e parole.

Qualificatore: In *Attività e partecipazione* i qualificatori variano in termini di “difficoltà”. In ogni caso la scala non cambia. Dato l’uso di strumenti standardizzati, siamo in grado di poter confrontare il soggetto con gli altri individui, pari per scolarità. Il punteggio ottenuto in queste prove è al di sotto del 5° rango centile (o percentile). In tal senso, qualificheremo con “4” difficoltà completa (96-100%) il funzionamento specifico legato all’abilità di lettura (velocità e correttezza).

Il codice finale sarà: *d1401.4*

Conclusioni

Uno dei principali problemi tecnici che si può riscontrare durante l’elaborazione dei codici è l’uso dei *qualificatori*. La regola è quella che, se utilizziamo degli strumenti di rilevazione (adeguatamente e correttamente tarati per sesso, età e funzione misurata) allora dovremmo sapere quanto quella specifica funzione risulta deficitaria rispetto alla popolazione normale. Questa quantità è calcolata in base alla percentuale di funzionamento compromesso. Le difficoltà potrebbero insorgere quando si adoperano quegli strumenti in cui non si utilizzano i percentili, ma altre scale di misura, come Deviazioni Standard, Punti T e Stanines. In questi casi è bene tenere presente le eventuali conversioni (cfr. Pedrabissi e Santinello, 1997; Cristante, Lis e Sambin, 2001).

È chiaro come non esistano degli strumenti di rilevazione per tutte le funzioni riportate all’interno dell’ICF-CY, in queste circostanze ci si dovrebbe affidare alla propria esperienza. In ogni caso, con o senza misure di rilevazione, il *qualificatore* indica, per ovvie ragioni, un livello di funzionamento in una certa misura approssimativo. Questo accade per due motivi. Il primo è legato al fatto che usando sia gli strumenti che la propria esperienza si ha

comunque un margine d'errore sistematico. Negli strumenti abbiamo l'errore standard di misura (Pedrabissi e Santinello, 1997), e questo varia secondo i punteggi di attendibilità psicométrica di un test. Nel valutare attraverso la nostra esperienza, invece, sappiamo benissimo come la nostra percezione sia guidata da fattori individuali, quali, il modo di percepire la problematica, la capacità di giudizio, etc.

Un secondo motivo è legato al periodo in cui si trovano i soggetti a cui è destinato l'ICF-CY, cioè, bambini ed adolescenti. Questo è chiaramente un periodo in continuo cambiamento. In tal senso diviene necessario leggere i *qualificatori* non solo in relazione all'indagine usata per elaborarli, ma anche in base al periodo di sviluppo in cui essi sono stati realizzati. Dunque diviene necessario considerare anche un solo anno di vita come preponderante nel modificare il funzionamento di un bambino e/o di un adolescente. Ciò sia in senso positivo che negativo.

L'ICF-CY risulta essere uno strumento assolutamente utile in tutti i campi della salute. Infatti, l'utilizzo di questo strumento si sta notevolmente sviluppando anche in campo didattico (Cottini, 2006; Biasoli, 2008).

In tal senso, la diagnosi di un soggetto, spesso effettuata sia con l'ICD-10 (OMS, 2002) che con il DSM-IV-r (APA, 2002), si completa con le informazioni sul funzionamento del soggetto stesso. Sono proprio i codici dell'ICF-CY che ci aiutano nel comprendere, in maniera diretta e specifica, il funzionamento di un individuo, così da poter sviluppare un iter riabilitativo ben strutturato e realmente efficace.

In più, l'ICF-CY è stato sviluppato per le esigenze di una popolazione che necessita per definizione di attenzioni diverse rispetto al mondo adulto.

Un altro punto di notevole rilevanza concerne la comunicazione fra i vari operatori. Infatti, l'ICF-CY è un mezzo che facilita l'uso di un linguaggio comune fra i vari professionisti, molti dei quali con diverse competenze epistemiche.

Possiamo concludere considerando l'ICF-CY come uno di quegli strumenti che, se adeguatamente utilizzato, può realmente aiutare clinici, ricercatori, insegnanti ed amministratori politici nell'identificare quelli che sono i *reali bisogni* relativi allo sviluppo, all'istruzione ed alla salute di bambini ed adolescenti.

Bibliografia

AID – Associazione Italiana Dislessia, (2007) *Consensus Conference. Disturbi evolutivi specifici di apprendimento. Raccomandazioni per la pratica clinica*. Montecatini Terme, 22-23 sett. 2006, Milano, 26 gen. 2007. www.aiditalia.org

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY. *FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*

APA - American Psychiatric Association (2002), *Manuale diagnostico e statistico dei disturbi mentali* (DSM-IV-r), Masson, Milano.

Biasioli, U., (2008) Costruire e condividere il PEI attraverso ICF e Mind Manager. *Difficoltà di apprendimento*. vol. 13, n°3, pp.359-390

Buono, S., Zagaria, T., (1999) *“Dalla disabilità all’attività, dall’handicap alla partecipazione”*. I nuovi orientamenti nelle classificazioni dell’organizzazione mondiale della sanità. *Ciclo evolutivo e disabilità / Life span and disability* vol. 2, N. 1 pp. 93-113

Buono, S., Zagaria, T., (2003) *ICF- Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*, *Ciclo evolutivo e disabilità / Life span and disability* vol. 6, N. 1 pp.121-141

Cristante, F., Lis, A. e Sambin, M., (2001) *Statistica per psicologi*. Giunti, Firenze

Colombo, C., - a cura di - (2007) *Siamo tutti diversamente occupabili. Strumenti e risorse per l’inserimento lavorativo di disabili*. Franco Angeli Editore, Milano

Cornoldi, C. e Cazzola, C., (2007) *AC-MT 11-14 Test di valutazione delle abilità di calcolo e di problem solving*. Erickson, Trento

Cornoldi, C. e Colpo, G., (1995) *Nuove prove di lettura MT per la scuola media inferiore*. Organizzazioni Speciali, Firenze

Cottini, L., (2006) ICF: quando la classificazione diventa uno strumento di guida alla didattica. In: Cottini, L., *Didattica speciale e integrazione scolastica*. Carocci, Roma

Di Nuovo, S., Buono, S. - a cura di - (2002) *Strumenti psicodiagnostici per il ritardo mentale*. Franco Angeli Editore, Roma

OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (1980) *ICIDH International Classification of impairments, disability and handicaps*. Ginevra

OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (1992) *ICD-10 Classificazione dei disturbi mentali e del comportamento: descrizioni cliniche ed orientamenti diagnostici*. Masson, Milano

OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2001) *IFC – Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Erickson, Trento

OMS - Organizzazione Mondiale della Sanità (2007) *IFC-CY Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute – Versione per Bambini ed Adolescenti*. Erickson, Trento

Orsini, A. e Picone, L., (2006) *WISC-III Wechsler Intelligence Scale for Children– III*. Organizzazioni Speciali, Firenze

Pedrabissi, L. e Santinello, M., (1997) *I test psicologici*. Il Mulino, Bologna

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l’uso nella psicopatologia dell’infanzia e dell’adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. *ICF-CY. FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*

Scorretti, G. (2002) *Valutazione delle disabilità e reinserimento lavorativo e sociale*. Giornale Italiano delle Disabilità. GID anno II, N. 1 pp. 3-23

Tressoldi, P. e Cornoldi, C., (2000) *Batteria per la valutazione della scrittura e della competenza ortografica nella scuola dell'obbligo*. Organizzazioni Speciali, Firenze

Lo Presti, G., Lombardo, B. A., (2008) Lo sviluppo e l'uso nella psicopatologia dell'infanzia e dell'adolescenza della Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute - Versione per Bambini ed Adolescenti. ICF-CY. *FORMAZIONE PSICHIATRICA – Rassegna di Psichiatria, Psicofarmacologia e Fenomenologia Applicata – Anno XXIX n.4 Ott.-Dic. 2008*