

PROTOCOLLO E.B.I.S DI VALUTAZIONE DEL TRAUMA CRANICO

Documento E.B.I.S. – Prima Parte

COLLOQUIO PRELIMINARE

Spiegate le finalità di questa ricerca e il metodo d'indagine (fare riferimento alla pagina precedente).
Chiedete al paziente (e/o l'accompagnatore) di raccontare in qualche minuto i problemi che hanno incontrato. Scrivete di seguito le informazioni più importanti che emergono da questo primo colloquio.

STORIA

ESPRESSIONE SPONTANEA DELLE DIFFICOLTA' E DEI BISOGNI DA PARTE DEL PAZIENTE

OPINIONI DELL'INFORMATORE

1 STATO INIZIALE

Questa parte (parametri 1-52) deve essere compilata al primo esame, e quando possibile durante la prima ospedalizzazione. Altrimenti, questa valutazione iniziale può essere ricostruita sulla base della cartella clinica. L'esaminatore non deve esitare a interpretare le risposte codificate con **propri commenti**. L'informazione mancante (o inappropriata) è sempre codificata come 9, 99, 999 etc.

Nome dell'esaminatore

Indirizzo e telefono

Qualifica

Servizio/dipartimento

1.1 IDENTIFICAZIONE DEL PAZIENTE

RECORD 1

01	Codice d'identificazione Per la nazione utilizzare il codice telefonico Internazionale (vedi app. 3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nazione Centro N°	01-08
02	Data di Nascita (gg/mm/aa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	09-14
03	Età al momento dell'esame	<input type="text"/> <input type="text"/>	15-16
04	Data dell'esame (gg/mm/aa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	17-22
05	Data dell'incidente (gg/mm/aa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	23-28
06	Sesso Maschio 0 Femmina..... 1	<input type="checkbox"/>	29
07	Stato Familiare Celibe 0 Vedovo 1 Sposato 2 Convivente 3 Divorziato/separato..... 4	<input type="checkbox"/>	30
08	Domicilio Dove ha dormito il paziente la notte precedente il trauma Abitazione propria..... 0 Abitazione di parenti 1 Abitazione del congiunto (se diversa dalla personale).....2 Foyer (appartamento terapeutico)..... 3 Ospedale 4 Altro 5 Precisare se Altro _____	<input type="checkbox"/>	31
09	Numero d'anni di scolarità (incluse scuola, collegio, università) Si possono aggiungere informazioni qualitative proprie di ogni nazione.	<input type="text"/> <input type="text"/>	32-33

10	Attività prima dell'incidente (per le donne casalinghe indicare l'attività prima del matrimonio; come per il precedente si possono aggiungere indicazioni qualitative tipiche di ogni nazione) Imprenditore, libero professionista 0 Professioni intermedie (funzionario,gerente azienda agricola) .. 1 Lavoratore specializzato(coltivatore d.,impiegato,caporeparto, negoziante,artigiano,commerciante.)..... 2 Lavoratore semi specializzato (impiegato) 3 Lavoratore non specializzato 4 Studente 5 Altro 6 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	34
11	Stato occupazionale al momento del trauma Attività a tempo pieno 0 Attività a tempo parziale 1 Pensionato 2 Disoccupato 3 Disoccupato per motivi di salute 4 Casalinga 5 Bambino in età pre-scolare 6 Scolaro/studente 7 Altro 8 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	35

1.2 STATO PRE - TRAUMATICO

Secondo il vostro giudizio clinico, esistono evidenze di disturbi o malattie pre-traumatiche con possibili **conseguenze funzionali significative**? Per ogni parametro indicare la natura del problema nello spazio a sinistra del codice. Se no vi sono indicazioni particolari codificare come segue: **NO = 0 e SI = 1**

12	Informatore Il paziente da solo 0 Congiunto 1 Genitori 2 Amico 3 Tutore 4 Paziente o altro informatore 5 Altro 6 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	36
13	Problemi medici e chirurgici trattati in ospedale	<input type="checkbox"/>	37
14	Trauma cranico antecedente con sequela/e	<input type="checkbox"/>	38
15	Antecedente/i psichiatrico/i comportanti la necessità dell'intervento di uno specialista o l'ospedalizzazione	<input type="checkbox"/>	39
16	Epilessia	<input type="checkbox"/>	40
17	Tossicodipendenza (alcol/stupefacenti)	<input type="checkbox"/>	41
18	Disturbi fisici o sensoriali preesistenti	<input type="checkbox"/>	42
19	Disturbi mentali preesistenti	<input type="checkbox"/>	43
20	Instabilità familiare (separazione o divorzio del paziente o dei genitori)	<input type="checkbox"/>	44
21	Instabilità sociale (conosciuto dai servizi sociali o dalla polizia)	<input type="checkbox"/>	45
22	Instabilità professionale o scolastica (licenziamento, disoccupazione frequente o prolungata)	<input type="checkbox"/>	46

Aspetti Positivi

L'esaminatore deve ricercare le **particolari caratteristiche e capacità positive del traumatizzato prima dell'incidente** (in campo professionale, sociale, sindacale, scolastico, sportivo). Indicare la buona riuscita nei vari campi in quanto può fornire suggerimenti alla riabilitazione.

--

1.3 CIRCOSTANZE DELL'INCIDENTE

23	Tipo di incidente <u>Incidente da traffico della strada</u> Conducente (automobile o camion) 0 Passeggero (automobile o camion) 1 Pedone 2 <u>Altro incidente stradale</u> motocicletta 3 bicicletta 4 Incidente sportivo / durante il tempo libero 5 Incidente domestico 6 Aggressione (inclusi eventi bellici) 7 Altro (precisare) 8 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	47
24	Incidente lavorativo Non sul lavoro 0 Sulla strada per il/al ritorno dal lavoro 1 Sul lavoro 2	<input type="checkbox"/>	48
25	Altri feriti gravi o morti nell'incidente Ne parenti ne amici 0 Parenti o amici feriti 1 Parenti o amici deceduti nell'incidente 2 Altre persone gravemente ferite 3 Altre persone decedute 4 Combinazione 5 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	49

1.4 GRAVITA' DEL TRAUMA

Questa parte deve essere compilata da un medico, oppure utilizzando referti medici.

1.4.1 ALTERAZIONE DELLA VIGILANZA

La Scala di "Glasgow" del Coma					
1. Apertura degli occhi		2. Risposta motoria		3. Risposta verbale	
nessuna	1	nessuna risposta	1	nessuna	1
al dolore	2	estensione	2	incomprensibile	2
su richiesta verbale	3	flessione anormale	3	inappropriata	3
spontanea	4	retrazione	4	confusa	4
		localizzazione del dolore .	5	orientata	5
		esecuzione ordine verbale .	6		

26	Glasgow coma score Registrare il punteggio inferiore raggiunto nella Glasgow Coma Scale (GSC) durante le prime 24 ore (minimo 3, massimo 15)	<input type="text"/>	50-51
27	Durata del Coma Dopo quanti giorni il traumatizzato ha cominciato a rispondere agli ordini verbali semplici (non la semplice apertura degli occhi)	<input type="text"/>	53-54
28	Amnesia post – traumatica (intervallo di tempo compreso tra il trauma e il recupero della memoria a breve termine). <i>Questa valutazione può essere fatta retrospettivamente.</i> da 0 a 1 ora 0 da 1 ora a 1 giorno 1 da 1 giorno a 7 giorni 2 da 8 a 28 giorni 3 da 29 a 60 giorni 4 più di 60 giorni 5	<input type="text"/>	55

Opzione Uno studio scientifico dell'amnesia post – traumatica richiede una scala quale la G.O.A.T. (levin H.S. et al, The Galvestron Orietation ad Amnesia Test, Journal of Nervous and Mental Diseases, 1979, 167: 75-684 – Adresse: Neurosurgery University Center, Baltimore, Mariland 21201-1595, USA)

Indicare di seguito il riassunto o le conclusioni degli esami neuroradiologici (TAC o NMR)

1.4.3 TRATTAMENTO INIZIALE

29	Tracheotomia		<input type="checkbox"/>	56
	No	0		
	Si	1		
30	Ventilazione Assistita		<input type="checkbox"/>	57
	No	0		
	Si	1		
31	Sedazione precoce		<input type="checkbox"/>	58
	No	0		
	< 24 ore	1		
	1 – 7 giorni	2		
	> 7 giorni	3		
32	La vigilanza è deteriorata rispetto al livello iniziale ? (esclusi gli effetti della sedazione)		<input type="checkbox"/>	59
	No	0		
	Si	1		

Lesioni ossee del cranio

33	Fratture della base		<input type="checkbox"/>	60
	No	0		
	Si	1		
34	Altre fratture		<input type="checkbox"/>	61
	Nessuna	0		
	Lineare	1		
	Infossata	2		
	Lineare e infossata	3		
	Altre	4		
	Precisare _____			

Lesioni cerebrali

35	Traumi Penetranti		<input type="checkbox"/>	62
	Nessuno	0		
	Dura Visibile	1		
	Cervello Visibile	2		
36	Ematoma (escluse le contusioni emorragiche)		<input type="checkbox"/>	63
	Nessuno	0		
	Extra – durale	1		
	Sub – durale	2		
	Intracerebrale	3		
	Combinazione	4		
	Precisare _____			
37	Altre Lesioni (esclusi ematomi)		<input type="checkbox"/>	64
	Nessuna	0		
	Contusione emorragica focale	1		
	Contusione emorragica diffusa	2		
	Altra lesione focale	3		
	Altra lesione diffusa (danno assonale diffuso identificato con TAC o NMR)..	4		
	Combinazione	5		
	Precisare _____			

38	Sede della lesione principale (ematoma o altro)		65
	Nessuna lesione identificata neuroradiologicamente.....	0	
	Frontale destra	1	
	Frontale sinistra	2	
	Frontale bilaterale	3	
	Emisfero posteriore destro	4	
	Emisfero posteriore sinistro	5	
	Fossa posteriore	6	
Peri – ventricolare	7		
Diffusa	4		
39	Intervento neurochirurgico (escluso il monitoraggio ICP)		66
	Nessuno	0	
	Ematoma	1	
	Altro	2	
	Specificare _____		

Complicanze Extra – Craniche

40	Cardiovascolare		67
	Nessuna	0	
	Shock o arresto cardiaco	1	
	Trombo – embolia (eccetto polmonare)	2	
	Combinazione	3	
	Altro	4	
Precisare _____			
41	Polmonare		68
	Nessuna	0	
	Emo o pneumo – torace	1	
	Embolia polmonare	2	
	Infezione	3	
	Combinazione	4	
Altro	5		
Precisare _____			
42	Infezione (non polmonari)		69
	Nessuna	0	
	Urinaria	1	
	Oro facciale	2	
	Setticemia	3	
	Combinazione	4	
Altro	5		
Precisare _____			

Lesioni extracraniche (descrivere le lesioni)

43	Torace (escluse le fratture costali semplici) No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	70
44	Addome No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	71
45	Bacino No 0 Senza lesione del tratto urinario 1 Con lesione del tratto urinario 2	<input type="checkbox"/>	72
46	Rachide Nessuna 0 Lesione senza complicazione neurologica 1 Complicazione neurologica 2	<input type="checkbox"/>	73
47	Arto superiore destro Nessuna 0 Ossea 1 Articolare 2 Cutaneo muscolare 3 Combinazione 4	<input type="checkbox"/>	74
48	Arto superiore sinistro Nessuna 0 Ossea 1 Articolare 2 Cutaneo muscolare 3 Combinazione 4	<input type="checkbox"/>	75
49	Arto inferiore destro Nessuna 0 Ossea 1 Articolare 2 Cutaneo muscolare 3 Combinazione 4	<input type="checkbox"/>	76
50	Arto inferiore sinistro Nessuna 0 Ossea 1 Articolare 2 Cutaneo muscolare 3 Combinazione 4	<input type="checkbox"/>	77
51	Lesioni facciali e mandibolari Nessuna 0 Denti 1 Mandibola 2 Altre ossa della faccia 3 Cutaneo muscolare 4 Combinazione 5 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	78
52	Ustioni richiedenti indagine o intervento No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	79

OPZIONE Per lo studio più dettagliato della gravità del trauma cranico, si può utilizzare l'ISS (Baker S.P., O'Neill B., Haddon W., Long W.B. The Injury Severity Score: a method of describing patients with multiple injuries and evaluating emergency care. J. Trauma 1974; 14:187-197).
per uno studio più dettagliato dello stato iniziale, si può utilizzare il documento Canadese "Histoire et Examen des Traumatisés Cranio – encephaliques", version neurochirurgicale abégée, Povost J., Boulanger Y.L., 1993. Adresse: Institut de Readaptation de Montréal, 6300, avenue Darlington, Montréal, Québec, CANADA.

Attenzione !

L'esaminatore deve elencare le lesioni craniche ed extracraniche
con precisione tale da consentire la compilazione del certificato medico iniziale

IL DOCUMENTO E.B.I.S.: AFFIDABILITA' E VALIDITA'

Tutte le schede di valutazione devono soddisfare i criteri di affidabilità e validità. L'affidabilità è la riproducibilità dei risultati tra i differenti esaminatori. La validità è l'efficacia della scheda per misurare accuratamente ciò che si intende misurare.

Per testare la affidabilità, la scheda è stata valutata in termini comparativi tra operatori. Specificatamente, due esaminatori hanno utilizzato la scheda per esaminare lo stesso paziente (in 15 pazienti in tutto), e sono state rilevate le differenze tra i due esaminatori. Le voci nelle quali si sono verificate differenze sono state riesaminate e, dove necessario, modificate o semplicemente rimosse.

La validità è più difficile da verificare. Normalmente è necessario un "gold standard" col quale effettuare confronti, ma nel campo della valutazione delle conseguenze del trauma cranico un tale standard non esiste. In questa situazione si può giudicare la "validità dell'interpretazione" ricorrendo a ipotesi, basate su informazioni cliniche e di ricerca, circa il modo in cui le varie parti del test possono essere correlate tra loro. Per esempio, è risaputo che in generale, maggiore è la gravità del trauma, maggiore la probabilità di disabilità residua; maggiori sono le modificazioni comportamentali nel paziente traumatizzato, maggiore il "carico soggettivo" nei membri stretti della famiglia.

La popolazione (figure 1 e 2)

Il database attualmente (gennaio 1994) contiene 562 casi provenienti da vari paesi d'Europa e prevalentemente dalla Francia (313), Gran Bretagna (120), ed Italia (53). Uno degli aspetti più importanti del database è la gravità del trauma dei casi studiati, e come mostra la figura 1, i pazienti sono stati di gran lunga gravi traumatizzati cranici. La maggior parte sono stati valutati tra 3 e 5 con la scala di Glasgow del Coma (GCS) e si sono quindi qualificati come categoria "molto grave", come risulta anche in termini di Amnesia Post – Traumatica (PTA), prevalentemente maggiore di 60 giorni. La maggior parte dei pazienti sono stati giovani (Figura 2), ampiamente in accordo con i dati dell'epidemiologia dei traumatismi cranici.

Gravità del trauma ed "outcome" (figura 3)

Sono stati considerati a questo scopo tre aspetti: cognitivo, medico generale e comportamentale nella vita quotidiana. Queste tre aree sono state scelte per ottenere una valutazione ad ampio spettro della disabilità. Ciascun' area è stata indagata con quesiti specifici associati a punteggi e descritta con il valore della somma ottenuta. La gravità è stata misurata mediante la PTA e come mostra la Figura 3, i dati sono risultati altamente significativi, in quanto al crescere della PTA è corrisposto un proporzionale incremento della gravità in ciascuna delle tre aree di disabilità.

"L'onere soggettivo" (figure 4, 5)

Come mostra la figura, i famigliari hanno manifestato uno "stress" soggettivo prossimo ai valori massimi, mentre i traumatizzati hanno manifestato uno stress minore. La figura 5 dimostra che alti livelli di stress familiare si associano a maggiore presenza di disturbi del comportamento nel paziente, in particolare irritabilità – aggressività, depressione ed apatia. Questi risultati concordano pienamente con la letteratura sul "carico" familiare.

Ritorno al lavoro (figura 6)

In letteratura vi è una serie di potenziali criteri predittivi che riguardano il ritorno al lavoro e comprendono: gravità del trauma, gravità dei disturbi cognitivi, della sfera emotiva e del comportamento. La figura 6 si riferisce a questi ultimi: i pazienti ritornati all'attività lavorativa svolta precedentemente hanno presentato disturbi del comportamento di entità significativamente inferiore rispetto agli altri ed inoltre, non riportato in figura, avevano subito traumi di minore gravità.

Riassunto

Il Database E.B.I.S., basato su un numero di assai elevato di casi, vuole essere un ausilio per gli operatori che si occupano di pazienti con trauma cranico, permettendo di esaminare e definire aspetti riguardanti la natura, la gravità e la prognosi delle disabilità conseguenti a tale patologia.

PROTOCOLLO E.B.I.S DI VALUTAZIONE DEL TRAUMA CRANICO

Documento E.B.I.S. – Seconda Parte

2 VALUTAZIONE SUCCESSIVA

A differenza della prima parte del protocollo (che viene compilata solo inizialmente), la seconda deve essere ricompilata ad ogni valutazione. Le principali tappe di valutazione suggerite sono: a) ospedalizzazione iniziale, b) 3 mesi +/- 15 giorni; c) 6 mesi +/- 1 mese; d) 1 anno +/- 1 mese; e) oltre il 3° anno; f) entro il 5° anno.

Durante l'esame iniziale, questa seconda parte deve essere compilata il più completamente possibile. Per i traumi più gravi, sarà possibile solamente una compilazione parziale.

E' essenziale la partecipazione di un familiare (se possibile la persona che prende in carico il paziente).

Ricordiamo che l'informazione mancante (o inappropriata) è sempre codificata come 9, 99, 999 etc.

Se l'esaminatore o il familiare sono differenti da quelli della prima valutazione, segnalare di seguito la variazione.

Nome dell'esaminatore

Indirizzo e telefono

Qualifica

Servizio/dipartimento

VALUTAZIONI SUCCESSIVE

RECORD 2

53	Follow Up: Prima valutazione..... 0 Seconda valutazione 1 Terza valutazione 2 Etc...	<input type="checkbox"/>	01
54	Codice d'identificazione Per la nazione utilizzare il codice telefonico Internazionale (vedi app. 3)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nazione Centro N°	02-09
04	Data dell'esame (gg/mm/aa)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> Nazione Centro N°	10-15

2.1 DIFFICOLTA' E PROBLEMI

Domandate al traumatizzato, senza suggestionarlo, di descrivere i problemi che incontra nella vita quotidiana. Fare le stesse domande all'accompagnatore circa i problemi del paziente (solo se necessario).

PAZIENTE:
FAMIGLIARE:

2.2 SITUAZIONE ATTUALE

Questo paragrafo, come i precedenti e i seguenti, deve essere compilato durante la prima ospedalizzazione e in ciascun stadio delle valutazioni successive.

2.2.1 ATTUALE ASSETTO DI VITA (al momento dell'esame)

56	Attuale attività quotidiana	<input type="checkbox"/>	16
	Lavoro / Scuola 0		
	Formazione professionale 1		
	Servizio di rieducazione 2		
	Ospedale (non riabilitazione) 3		
	Centro psichiatrico 4		
	A casa, senza attività 5		
	Centro diurno 6		
	Centro di lungadegenza 7		
	Altra situazione 8		
	Precisare _____		
57	Dove solitamente dorme il paziente di notte?	<input type="checkbox"/>	17
	Domicilio proprio 0		
	Domicilio familiare 1		
	Casa protetta 2		
	Istituzionalizzazione 3		
	Altra situazione 4		
	Precisare _____		

58	Durata del ricovero ospedaliero iniziale (in giorni) (escludendo la rieducazione)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	18-21
59	Numero di giorni passati nei centri di rieducazione	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	22-25
59	Numero di giorni passati nei centri diurni (centri transizionali, occupazionali o di lavoro)	<input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/> <input type="text"/>	26-29

L'esaminatore deve indicare qui la lista di tutti i servizi e i centri frequentati dal paziente, con i rispettivi indirizzi (incluso il ricovero iniziale, la riabilitazione e il reinserimento)

2.2.2 COMPLICANZE

Neurologiche

61	Epilessia post - traumatica No 0 Generalizzata 1 Focale 2 Combinazione 3	<input type="text"/>	30
62	Frequenza delle crisi Nessuna 0 1 sola crisi durante la prima settimana 1 1 sola crisi dopo la prima settimana 2 Più di 1 crisi dopo la prima settimana 3	<input type="text"/>	31
63	Meningite o meningo encefalite No 0 Si, senza sequele 1 Si, con sequele 2 Precisare _____	<input type="text"/>	32
64	Idrocefalo No 0 Si, trattato con successo 1 Altro 2 Precisare _____	<input type="text"/>	33

65	Ematoma sub – durale cronico Nessuno 0 Trattato con successo 1 Altro 2 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	34
66	Urinarie Nessuna 0 Infezione 1 Altro 2 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	35
67	Cutanee Nessuna 0 Solamente cicatrici residue 1 Piaghe richiedenti cure di nursing 2 Piaghe richiedenti intervento chirurgico 3 Combinazione 4 Precisare le sedi _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	36
68	Altre complicazioni No 0 Si 1 Precisare (tracheali, endocrine, altre complicazioni neurologiche o ortopediche) _____ _____	<input type="checkbox"/>	37

2.2.3 TRATTAMENTO ATTUALE (in rapporto all'incidente)

Salvo indicazioni particolari: No = 0 e Si = 1

Trattamento Farmacologico

69	Antiepilettici	<input type="checkbox"/>	38
70	Neurolettici	<input type="checkbox"/>	39
71	Benzodiazepine o altri tranquillanti/ipnotici	<input type="checkbox"/>	40
72	Antidepressivi	<input type="checkbox"/>	41
73	Analgesici	<input type="checkbox"/>	42
74	Altri (farmaci antispastici, etc) Precisare _____	<input type="checkbox"/>	43

Attuale gestione clinica (durante i 3 mesi precedenti l'esame attuale)

75	Fisio-kinesi-terapia	<input type="checkbox"/>	44
76	Terapia Occupazionale	<input type="checkbox"/>	45

77	Rieducazione del linguaggio e/o di altre funzioni cognitive	<input type="checkbox"/>	46
78	Terapia psicologica/psichiatrica	<input type="checkbox"/>	47
79	Medico riabilitatore	<input type="checkbox"/>	48
80	Assistente sociale e/o educatore professionale	<input type="checkbox"/>	49
81	Altra terapia Precisare _____	<input type="checkbox"/>	50
82	Trattamento chirurgico <i>Se si tratta della prima valutazione, specificare tutti gli interventi chirurgici relativi all'incidente.</i> <i>Se si tratta della seconda o di una ulteriore valutazione, precisare gli interventi chirurgici effettuato dopo la valutazione precedente.</i> Nessuno 0 Neurochirurgia 1 Ortopedia 2 Chirurgia Plastica 3 Altri interventi 4 Combinazione 5 Precisare la natura e la data di ciascuno _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	51

2.3 MENOMAZIONI E DISABILITA' (secondo la classificazione dell'O.M.S.)

In questa sezione la maggior parte delle voci sono relative ad aspetti di "menomazione", ma la quantificazione della gravità è stata formulata in termini di "disabilità", per orientare la pianificazione delle terapie.

Fondate il vostro giudizio inizialmente sull'esame del paziente e, successivamente, sulle informazioni fornite da chi lo accompagna o dal paziente stesso. Se non c'è concordanza, valutate criticamente le ragioni, ed esprimete il vostro giudizio clinico.

Bisogna valutare la gravità delle menomazioni e delle disabilità in funzione delle loro conseguenze funzionali.

Salvo indicazioni particolari, i punteggi sono i seguenti:

- 0 nessuna Menomazione , nessuna disabilità
- 1 Lieve / moderata: significa che l'indipendenza è possibile in tutte le attività di vita quotidiana (cfr. pag. 12)
- 2 Grave: il paziente è dipendente in almeno una delle attività di vita quotidiana.

2.3.1 STATO FISICO

RECORD 3

83	Lateralità Destrimane 0 Mancino 1 Ambidestro 2	<input type="checkbox"/>	01
----	---	--------------------------	----

DISABILITA' MOTORIE CHE PROVOCANO LIMITAZIONI FUNZIONALI

Ortopediche

84	Riduzione di ampiezza articolare di una o più articolazioni	<input type="checkbox"/>	02
	Nessuna 0		
	Lieve / moderata in un solo arto 1		
	Grave in un solo arto 2		
	Lieve / moderata in più di un arto 3		
	Grave in più di un arto 4		
	Altro 5		
	Precisare _____		

Indicare le articolazioni funzionalmente menomate sullo scheletro a fianco. Per una valutazione più precisa (medico legale), utilizzate un goniometro per registrare l'ampiezza articolare residua

85	Causa della / e menomazione / i articolare / i	<input type="checkbox"/>	03
	Nessuna 0		
	Osteoma/i 1		
	Retrazioni tendinee 2		
	Complicazioni delle fratture iniziali (osteonecrosi, infezione) 3		
	Altro 4		
	Precisare _____		
	Complicazioni multiple 5		
	Precisare _____		

Neurologiche

86	Emiparesi (con o senza spasticità)	<input type="checkbox"/>	04
	Nessuna 0		
	Destra: Lieve / moderata 1		
	Sinistra: Lieve / moderata 2		
	Destra: grave 3		
	Sinistra: grave 4		
	Emiparesi doppia: moderata 5		
	Emiparesi doppia: grave ad un lato 6		
	Emiparesi doppia: grave bilateralmente 7		
	Altra paralisi di origine centrale (paraparesi, tetraparesi, ...)... 8		
	Precisare _____		
87	Spasticità	<input type="checkbox"/>	05
	Nessuna 0		
	Lieve disturbo unilaterale nell'uso di un arto superiore e/o inferiore 1		
	Disturbo grave unilaterale 2		
	Disturbo lieve a tutti gli arti 3		
	Disturbo grave a tutti gli arti 4		
	Altro 5		
	Precisare _____		

88	Paralisi di origine periferica (esclusi i nervi cranici) Nessuna 0 Plesso brachiale destro parziale 1 Plesso brachiale sinistro parziale 2 Plesso brachiale destro completo..... 3 Plesso brachiale sinistro completo 4 Altra lesione parziale di un tronco nervoso (per esempio lo sciatico-popliteo esterno) 5 Altra lesione completa di un tronco nervoso 6 Precisare _____ Paralisi multiple..... 7 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	06
89	Sindromi cerebellari, discinesie, tremori, distonie o altri disturbi della coordinazione motoria Nessuna 0 Lieve / moderata in un solo arto 1 Grave in un solo arto 2 Lieve / moderata in più di un arto 3 Grave in più di un arto 4 Altro 5 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	07

Descrivere i disturbi

90	Disturbi del cammino Nessuno 0 Lieve disturbo di equilibrio non identificato all'esame 1 Lieve disturbo di equilibrio, non identificato all'esame, ma che permette attività quotidiane indipendenti 2 Moderato disturbo del cammino che compromette moderatamente l'indipendenza nelle attività di vita quotidiana 3 Grave disturbo del cammino che impedisce l'indipendenza nelle attività di vita quotidiana 4	<input type="checkbox"/>	08
----	--	--------------------------	----

91	Disturbi dell'acuità visiva		09
	Nessuna	0	
	A destra, moderato (acuità visiva > 3/10).....	1	
	A sinistra, moderato	2	
	A destra, grave (acuità visiva < 3/10)	3	
	A sinistra, grave	4	
	Disturbi moderati bilaterali	5	
	Disturbi gravi bilaterali	6	
Combinazione	7		
Precisare _____			
92	Deficit del campo visivo		10
	Nessuno	0	
	Moderato	1	
	Grave	2	
Precisare _____			
93	Deficit oculo motorio		11
	Nessuno	0	
	Moderato	1	
	Grave	2	
Precisare i nervi e il trattamento _____			

94	Deficit oculo motorio (codificare come per la voce 92 deficit di campo visivo)		12

OPZIONE la presenza di deficit visivi o uditivi, giustifica una visita specialistica oftalmologica e/o ORL (compreso un audiogramma). Ricordare che il paziente non è sempre un buon giudice e spesso non è cosciente della propria disabilità che potrebbe complicarsi e diventare invalidante.

95	Deficit olfattivo e/o gustativo (codificare come per la voce 92 deficit di campo visivo)		13
96	Lesioni a carico di altri nervi cranici (codificare come per la voce 92 deficit di campo visivo)		14
	Precisare i nervi (V, VII, VIII Vestib., IX, X, XI, XII)		

97	Dolore cronico (codificare come per la voce 92 deficit di campo visivo)		15
	Precisare la localizzazione del dolore		

2.3.2 STATO MENTALE

Salvo indicazioni particolari, i punteggi sono i seguenti:

0 Nessuna menomazione, nessuna disabilità

1 Lieve / moderata: riportato dal paziente o dall'informatore durante l'ultimo mese ma non osservato dall'esaminatore

2 Grave: osservato dall'esaminatore o da altri medici

Registrare la prima risposta

98	<p>Attenzione</p> <p>Il paziente mostra uno dei seguenti problemi: difficoltà a prestare attenzione, affaticamento intellettuale anormale o incapacità a seguire una conversazione a cui partecipano più di due persone?</p> <p>Nessuna 0 Lieve / moderata 1 Grave 2</p>	<input type="checkbox"/>	16
99	<p>Controllo mentale</p> <p>Domandate al paziente di contare a ritroso di 7 in 7, iniziando da 100 fino a 72 (100,93,86,79,72). Registrare il numero di errori (max. 4)</p>	<input type="checkbox"/>	17

Comunicazione

100	<p>La parola è comprensibile</p> <p>Si 0 Disartria e/o disfonia lieve 1 Disartria e/o disfonia grave 2 Afasia moderata tale da consentire una espressione orale informativa 3 Afasia con riduzione grave dell'espressione orale 4 Combinazione 5</p>	<input type="checkbox"/>	18
101	<p>Comprensione orale</p> <p>Ha difficoltà a comprendere quanto gli viene detto ?</p>	<input type="checkbox"/>	19
102	<p>Fluenza verbale</p> <p>Chiedete al paziente di elencare il maggior numero di animali possibile in 60 secondi e indicare il numero di animali citati Risposta media dei soggetti sani: 18 +/- (4) (SD) (Goodglass)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	20-21
103	<p>Letture</p> <p>Domandare al paziente di leggere ad alta voce il seguente testo: “ C'è un incendio in un grande magazzino di Milano, in via Montenapoleone. La direttrice, signora Anselmi, pensa che sia stata una sigaretta non spenta bene a dare fuoco allo scantinato.”</p> <p>Giudicare la lettura nel modo seguente: Nessuna difficoltà 0 Difficoltà lievi (omissioni occasionali o paralessie, ma la lettura resta intelleggibile) 1 Difficoltà gravi (almeno una frase inintellegibile) 2</p>	<input type="checkbox"/>	22

104	Scrittura	<input type="checkbox"/>	23
	Domandare al paziente di scrivere qui una frase di sua scelta _____ _____		
	Nessun disturbo 0		
	Disturbo motorio lieve 1		
	Disturbo motorio grave (scrittura illeggibile) 2		
	Disturbo lieve di ortografia o di sintassi 3		
	Grave alterazione di ortografia o di sintassi 4		
	Combinazione 5		
	Precisare _____		

Orientamento, memoria e apprendimento

Se l'amnesia post-traumatica non ancora stata stimata, rispondete al parametro 28

105	Si perde ?	<input type="checkbox"/>	24
	No 0		
	Nei tragitti non abituali 1		
	Nei tragitti abituali 2		
106	Orientamento spazio temporale	<input type="checkbox"/>	25
	Può dire la data esatta ed il nome del luogo dove avviene l'esame ? (nome dell'ospedale o del centro)		
	Senza difficoltà (nella data è ammesso un numero di 2 giorni) 0		
	Con difficoltà lievi/moderate (1 voce scorretta) 1		
	Con gravi difficoltà 2		

Memoria ed apprendimento

Pronunciate oralmente la seguente lista di parole (una parola al secondo) e domandate al paziente di memorizzare. Dite al paziente: "Sto per dire 10 parole da memorizzare. Appena ho finito di pronunciarle, ripetine il più possibile, non importa l'ordine". Ripetete nuovamente la consegna una seconda ed una terza volta, domandando la stessa ripetizione al paziente. Nella registrazione del risultato, l'esaminatore deve indicare, sotto ciascuna parola, l'ordine nel quale sono state ripetute (1,2,3, ...)

Rosa Notte Vagone Carta Neve Cane Bottiglia Occhio Mostra Sedia

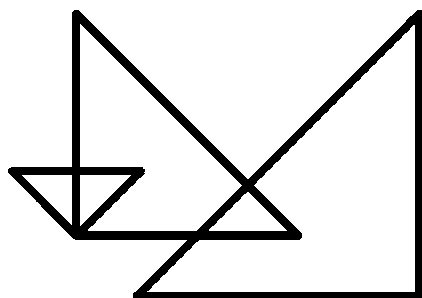
107	I	<input type="checkbox"/>	26-27
108	II	<input type="checkbox"/>	28-29
109	III	<input type="checkbox"/>	30-31

Precisare le parole estranee _____

110	Percezione, costruzione Il paziente può copiare i tre triangoli sottostanti ?	<input type="checkbox"/>	32
------------	---	--------------------------	----

MODELLO

COPIA



1 punto per ogni triangolo riprodotto – 1 punto per il triangolo piccolo ben disposto
2 punti per una giusta intersezione dei due triangoli più grandi.
Punteggio 0-6 – Punteggio normale 6

Ragionamento logico

111	Andrea ha 4 mele, Giovanni ne ha 3 più di Andrea. Quante mele hanno insieme ? Corretto 0 Errato 1	<input type="checkbox"/>	33
112	Che cosa c'è di comune tra un'auto e una barca? In cosa sono simili ? Corretto 0 Errato 1	<input type="checkbox"/>	34

OPZIONE se avete rilevato defici intellettivi durante questo esame generale, è utile un esame neuropsicologico e/o del linguaggio più approfondito, eseguito preferibilmente da chi abbia pratica di valutazione dei traumatizzati cranici.

Funzioni mentali, capacità di giudizio

Codifiche per lo stato intellettivo: 0 = nessun disturbo, 1 = disturbo moderato, 2 = disturbo grave.

113	Continuità e pertinenza del pensiero Si osservano dei cambiamenti rapidi di contenuto (di palo in frasca), o un discorso frammentato in singole idee senza relazione con il tema principale?	<input type="checkbox"/>	35
------------	--	--------------------------	----

114	Perdita dell'autocritica Comprende quando le sue parole o i suoi comportamenti creano disagio o imbarazzo in chi lo circonda?	<input type="checkbox"/>	36
115	Anosognosia (non consapevolezza del proprio stato) Nega o minimizza i propri disturbi fisici o comportamentali?	<input type="checkbox"/>	37
116	Funzioni esecutive Il paziente è in grado di eseguire dei compiti manuali richiedenti operazioni sequenziali, Es. preparare il caffè o un semplice pasto?	<input type="checkbox"/>	38

2.3.3 STATO AFFETTIVO E COMPORTAMENTO

RECORD 4

Questa sezione deve essere completata a 3 mesi dal trauma o dopo. Le domande sono state formulate per identificare le modificazioni emozionali /comportamentali più frequenti, e lo stato di stress del paziente.

Considerare unicamente i problemi apparsi o accresciuti dopo il trauma.

Salvo indicazioni particolari, i punteggi sono i seguenti:

0 Nessun disturbo

1 Disturbo riportato dall'informatore, riguardante l'ultimo mese (**l'opinione del paziente è esclusa da questa sezione**).

2 Disturbo osservato dall'esaminatore.

Per ciascun parametro assegnare un punteggio diverso da 0 se è presente anche uno solo dei problemi citati.

117	Perdita di controllo emotivo E' aggressivo verbalmente? Diventa collerico senza motivo o per futili motivi ? Può controllare le proprie reazioni quando qualcosa lo irrita?	<input type="checkbox"/>	01
118	Eccitazione mentale, verbosità incontenibile Parla rapidamente ed eccessivamente, a vanvera, senza costrutto?	<input type="checkbox"/>	02
119	Mancanza di igiene personale E' sporco, trascurato, sciatto ?	<input type="checkbox"/>	03
120	Apragmatismo Manca di iniziativa o di spontaneità? Le sue reazioni emotive sono diminuite? Resta per lunghi periodi inattivo?	<input type="checkbox"/>	04
121	Depressione Esprime tristezza, idee pessimistiche, sentimenti di disperazione o di incapacità totale, perdita della stima di se?	<input type="checkbox"/>	05
122	Ansietà E' ansioso o preoccupato ?	<input type="checkbox"/>	06
123	Comportamento sessuale C'è stato un cambiamento nell'interesse sessuale (libido), se paragonato con la situazione pre - traumatica ? Nessun cambiamento 0 Lieve / moderata disinibizione 1 Grave disinibizione 2 Lieve / moderata riduzione dell'interesse sessuale 3 Grave riduzione dell'interesse sessuale 4	<input type="checkbox"/>	07

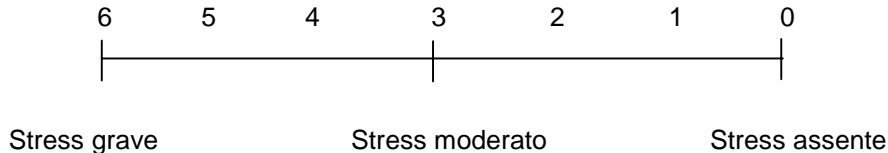
124	<p>Difficoltà di accettazione e costruzione di una nuova identità</p> <p>Il paziente accetta di non essere più lo stesso dopo l'incidente o, al contrario, non accetta la sua situazione attuale e spera ancora di tornare completamente alla situazione antecedente il trauma.</p> <p>L'esaminatore deve valutare il grado di accettazione del paziente</p> <p>Accettazione soddisfacente 0 Accettazione insufficiente 1 Accettazione assente 2</p>	<input type="checkbox"/>	08
125	<p>Difficoltà di accettazione da parte dell'accompagnatore</p> <p>L'accompagnatore accetta che il traumatizzato non sia più lo stesso? (può essere compilato solo se si tratta di un membro della famiglia del paziente)</p> <p>Accettazione soddisfacente 0 Accettazione insufficiente 1 Accettazione assente 2</p>	<input type="checkbox"/>	09
126	<p>Motivazione del paziente</p> <p>Il paziente si è impegnato attivamente nella propria riabilitazione nei 3 mesi precedenti? Fornire esempi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>L'esaminatore deve valutare l'impegno come segue:</p> <p>Impegno attivo 0 Impegno limitato 1 Nessun impegno 2</p>	<input type="checkbox"/>	10
127	<p>Motivazione dell'accompagnatore</p> <p>L'accompagnatore è stato impegnato attivamente nel promuovere il recupero del paziente nei 3 mesi precedenti? Fornire esempi:</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>_____</p> <p>L'esaminatore deve valutare l'impegno dell'accompagnatore. (punteggio come nel parametro precedente)</p>	<input type="checkbox"/>	11
128	<p>Rievocazione differita di materiale verbale</p> <p>Chiedere al paziente di ripetere le dieci parole precedentemente apprese (voce 107)</p> <p>(punteggio normale: un minimo di 5 parole)</p>	<input type="checkbox"/> <input type="checkbox"/>	12-13

129	Rievocazione differita di materiale visuo spaziale Domandate al paziente di ridisegnare, a memoria i 3 triangoli precedentemente copiati (voce 110)	<input type="checkbox"/>	14
------------	---	--------------------------	----

DISEGNO A MEMORIA

(Punteggio come alla voce 110) – Indicare il punteggio nella casella (punteggio normale: 6)

130	Stress soggettivo del paziente Chiedere al paziente, in assenza dell'informatore, di utilizzare la scala sottostante per quantificare, da 0 a 6, lo stress derivante dal trauma e dalle sue conseguenze. Registrare nella casella prevista il numero da 0 a 6	<input type="checkbox"/>	15
------------	--	--------------------------	----



2.4 SINTESI DA PARTE DELL'ESAMINATORE:

Considerando le **menomazioni e le disabilità fisiche, intellettive e comportamentali** del paziente, quali sono, secondo il giudizio dell'esaminatore, **i problemi più gravi?**
Siete invitati ad esprimere, per quanto possibile, questi problemi in termini diagnostici anatomici o eziologici (per es. "sofferenza del tronco cerebrale" o "sindrome frontale") e identificare quali sono i tre principali problemi (pur senza ignorare gli altri).

- 1.
- 2.
- 3.
- Altri

OPZIONE se avete indicato disturbi comportamentali in questo breve esame di screening, può essere utile fornire una descrizione più precisa, utilizzando test ad hoc, ed in particolare, applicando la scala neurocomportamentale di H. Levin, Neurobehavioural Rating Scale, Journal of Neurology Neurosurgery and Psychiatry, 1987, 50 : 183-193 – Address: Neurosurgery University Center, Baltimore, Maryland 21201-1595 U.S.A.

2.5 DISABILITA' E HANDICAPS

Attenzione! Questa parte deve essere riempita al momento in cui il paziente lascia l'ospedale o anche successivamente. E' intesa ad aiutare l'esaminatore nella ricerca dei trattamenti e dei servizi che saranno necessari. Suggerisce anche idee per utilizzare le risorse esistenti in modo flessibile e adeguato. La valutazione deve essere basata sia sui risultati dell'accertamento che sulle opinioni dell'accompagnatore riguardanti i 3 mesi precedenti l'esame. Se le due opinioni non corrispondono, l'esaminatore deve valutarne i motivi.

Salvo indicazioni particolari, i punteggi sono i seguenti:

0 Normale / Indipendente

1 Indipendente, malgrado una certa limitazione (es. lentezza o necessità di ausilio)

2 Parzialmente dipendente (necessita di alcune occasioni di aiuto o di stimolazione)

3 Gravemente dipendente (necessita quasi in continuità di aiuto o di stimolazione)

Per ciascun parametro codificate anche se è presente uno solo dei problemi citati

2.5.1 ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

RECORD 5

L'obbiettivo è di valutare **sia gli aspetti fisici che mentali** dell'autonomia.

Attività elementari della vita quotidiana

131	Mangiare e bere	<input type="checkbox"/>	01
132	Controllo sfinterico Codificate 1 se : urina troppo frequentemente, deve immediatamente urinare al primo stimolo, non trattiene l'urina, la perde a gocce.	<input type="checkbox"/>	02
133	Lavarsi	<input type="checkbox"/>	03
134	Vestirsi	<input type="checkbox"/>	04
135	Trasferimenti (alzarsi, coricarsi, passare dal letto alla carrozzina)	<input type="checkbox"/>	05
136	Muoversi in casa	<input type="checkbox"/>	06

Attività elaborate della vita quotidiana

137	Muoversi fuori casa	<input type="checkbox"/>	07
138	Fare le compere	<input type="checkbox"/>	08
139	Utilizzare i trasporti pubblici	<input type="checkbox"/>	09
140	Guidare l'auto	<input type="checkbox"/>	10
141	Scrivere una lettera	<input type="checkbox"/>	11
142	Gestione del denaro e di altre esigenze connesse	<input type="checkbox"/>	12

OPZIONE Può essere utile, in caso di problemi medico – legali o clinici, far compilare al paziente una lista, con l'aiuto dei propri famigliari, delle proprie attività routinarie (pulizia, pasti, sonno, riabilitazione) o inusuali (uscite, viaggi) con gli orari e le durate per ogni giorno della settimana (come sulle pagine di una agenda)

Un grave handicap, specie per deficit fisici, può giustificare l'utilizzazione di ulteriori valutazioni, quale, ad esempio, la FIM (Functional Independence Measurement) Granger C.V. Functional assessment in rehabilitation medicine, William & Wilkins ed., Baltimore. 1984, 14-25.

Terza persona

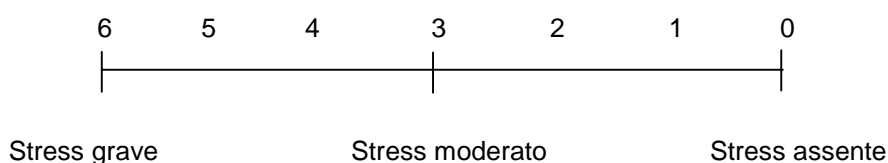
143	. il paziente ha bisogno di una terza persona per deficit di ordine fisico ? No 0 Occasionalmente 1 Continuamente 2	<input type="checkbox"/>	13
144	. il paziente ha bisogno di una terza persona per deficit di ordine cognitivo o comportamentale ? No 0 Occasionalmente 1 Continuamente 2	<input type="checkbox"/>	14
145	Tutela legale Non necessaria..... 0 Necessaria ma non iniziata..... 1 In corso..... 2 Fissata 3 Precisare la natura di tale protezione (tutelare, curativa) e la persona designata: _____ _____	<input type="checkbox"/>	15

2.5.2 FAMIGLIA, FAMIGLIARI E ABITAZIONE

A causa dell'incidente e delle sue conseguenze.....

146	Un membro della famiglia ha dovuto curarsi o prendere medicine ? No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	16
147	La famiglia ha avuto delle difficoltà finanziarie ? No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	17
148	Un membro della famiglia ha dovuto interrompere o modificare il suo lavoro o gli studi per occuparsi del traumatizzato ? No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	18
149	C'è stato un cambiamento di ruolo significativo nella famiglia? (Es. la moglie è diventata capofamiglia – diversamente da prima) No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	19
150	L'equilibrio dei bambini della famiglia è stato turbato? No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	20
151	La famiglia ritiene che sia necessario, per il paziente, un periodo di riposo, parziale o permanente, dalle cure ? No 0 Si 1	<input type="checkbox"/>	21

152	Valutare il comportamento dell'accompagnatore ? Appropriato..... 0 Iper – protettivo 1 Distante 2 Aggressivo 3 Altro/combinazione 4 Precisare _____	<input type="checkbox"/>	22
153	Stress soggettivo dell'accompagnatore ? Chiedere all'accompagnatore: quando grande è lo stress che ha subito in seguito all'incidente. Può quantificare questo stress nella scala da 0 a 6 sotto indicata ? Registrare nella casella il numero da 0 a 6	<input type="checkbox"/>	23



154	L'abitazione deve essere adattata in funzione dell'handicap ? No 0 Si 1 Qualche cambiamento ? _____ _____ _____	<input type="checkbox"/>	24
------------	---	--------------------------	----

OPZIONE La valutazione dell'handicap e della situazione familiare può giustificare una visita presso il domicilio del paziente.

2.5.3 SCUOLA E LAVORO

OPZIONE Può essere utile ricorrere ad un centro d'orientamento scolastico o di orientamento socio-professionale.

155	Le capacità reali del paziente sono state testate nel contesto della scuola o del lavoro ? (es. scuola, collegio, precedente posto di lavoro, centro di valutazione socio – professionale...) No 0 Si 1 Precisare _____ Non necessario 2	<input type="checkbox"/>	25
156	L'insegnante o il datore di lavoro precedenti il trauma, sono coinvolti nel programma di reinserimento ? No 0 Si 1 Non attuabile 2 Ritorno a scuola o al lavoro 3	<input type="checkbox"/>	26

157	Attuale attività Lavoro a tempo pieno 0 Lavoro part – time a causa del trauma cranico 1 Lavoro part – time per altre ragioni 2 Formazione o apprendimento 3 Scuola 4 Senza attività lavorativa 5	<input type="checkbox"/>	27
158	Scuola/lavoro: quale dei seguenti giudizi si adatta meglio al paziente ? Ritorno allo stesso livello senza bisogno d'aiuto..... 0 Ritorno allo stesso livello con aiuto iniziale 1 Ritorno allo stesso livello ma con necessità di aiuto persistente 2 Ritorno ad un livello inferiore o part – time, senza bisogno d'aiuto 3 Ritorno ad un livello inferiore o part – time, ma con bisogno d'aiuto persistente 4 Lavoro protetto o sistemazione in scuola/collegio per handicappati 5 Senza attività professionale o scolastica 6	<input type="checkbox"/>	28
159	Remunerazione del lavoro Salario uguale/maggiore a quello precedente 0 Salario inferiore 1 Solamente indennità giornaliera 2 Non pagato/volontario 3 Non lavora 4	<input type="checkbox"/>	29
160	Senza attività scolastica o professionale: quale delle seguenti indicazioni meglio si adatta al paziente ? Provata capacità di lavorare o studiare con la medesima abilità di prima, ma senza lavoro o scuola disponibili 0 Probabile capacità di lavorare o studiare con la medesima abilità di prima, ma senza lavoro o scuola disponibili 1 Capacità di lavorare o studiare con abilità inferiori, ma senza lavoro o scuola disponibili 2 Orientamento professionale in corso 3 Ha ripreso la scuola o un impiego, ma è stato respinto 4 E' prematuro considerare la possibilità di un impiego 5 Incapace di lavorare o studiare 6 Attualmente lavora o frequenta la scuola 7	<input type="checkbox"/>	30
161	Tutore Qualcuno è stato designato per programmare o supervisionare un ritorno pianificato a scuola, collegio, lavoro ? No 0 Si 1 Non necessario 2 Nome e qualifica: _____ Indirizzo e numero di telefono: _____ _____	<input type="checkbox"/>	31

2.5.4 ASPETTI SOCIALI

162	Problemi con la polizia ?		32
	No	0	
	Si	1	
163	Abuso di alcool/droghe ?		33
	No	0	
	Si	1	
164	. il paziente si dedica a passatempi o attività sportive ?		34
	Attività precedenti e nuove	0	
	Attività precedenti	1	
	Attività nuove	2	
	Nessuna	3	

2.5.5 ASPETTI MEDICO LEGALI

165	C'è una terza persona responsabile dell'incidente ?		35
	No	0	
	Probabilmente	1	
	Si	2	
166	E' stata fatta una domanda legale di indennizzo ?		36
	No, impossibile	0	
	No, ma possibile	1	
	Si, è in corso, seguita dalle assicurazioni (sociali o altre) ..	2	
	Si, è in corso, in tribunale	3	
	Si, è stata fissata dalle assicurazioni sociali o mediche	4	
	Si, è stata fissata dal tribunale	5	
	Altro	6	
	Precisare _____		

2.5.6 RISORSE

167	. il paziente si avvale di risorse finanziarie personali ? (salario, indennizzo, prestazioni sociali o altri vantaggi)		37
	No	0	
	Si	1	
	Precisare l'origine e l'ammontare di ogni risorsa disponibile		

168	. il paziente beneficia di una terza persona retribuita ?		38
	No	0	
	Si	1	
	Precisare il numero di ore quotidiane prestate da tale persona		

	Precisare la qualifica di tale persona		

	Precisare il totale del costo mensile di tale persona		

169	E' stato designato qualcuno (un "case manager", o un professionista "referente") per coordinare i servizi, l'aiuto e le persone richieste del caso ?	<input type="checkbox"/>	39	
	Nessuno disponibile			0
	No, ma possibile			1
	No, ma qualcuno è stato identificato			2
	Si			3
	Non necessario			4

Personne designate o proposte

Nome e qualifica

Indirizzo e telefono

170	.il paziente frequenta un centro per disabili ?	<input type="checkbox"/>	40	
	Nessuno disponibile			0
	No, ma possibile			1
	No, ma qualcuno è stato identificato			2
	Si			3
	Non necessario			4

Nome ed indirizzo del centro esistente o proposto:

171	La famiglia ed il paziente possono contare sull'aiuto di un gruppo o una associazione ?	<input type="checkbox"/>	41	
	Non necessario			0
	Associazione specifica per i traumi cranici			1
	Associazione non specifica			2
	Nessuna associazione impegnata o disponibile			3

2.5.7 QUALITA' DELLA VITA

Per ottenere una pertinente risposta, domandate al paziente e all'accompagnatore: "Attualmente, siete felici, tranquilli, soddisfatti, confortati, avete dei progetti? Considerate tutti gli aspetti della vostra vita attuale, da un punto di vista familiare, sociale e professionale. Cercate di quantificare il vostro grado di "soddisfazione della vita" mediante la seguente scala"

172	Qualità di vita del paziente (codificare da 0 a 10 nell'apposita casella)	<input type="text"/>	42
------------	---	----------------------	----

10 9 8 7 6 5 4 3 2 1 0

|-----|-----|

Molto felice

Moderatamente soddisfatto

Per niente soddisfatto

173	Opinione dell'accompagnatore circa la qualità di vita del paziente (codificare da 0 a 10 nell'apposita casella)	<input type="text"/>	43
174	Opinione dell'accompagnatore circa la qualità della propria vita (codificare da 0 a 10 nell'apposita casella)	<input type="text"/>	44

OPZIONE questi parametri sono stati ispirati dalla scala validata RNLI di Woo-Dauphinee (The reintegration to Normal Lif Index – Arch. Phys. Med. Rehabil. 1988 . 69: 583-590) che può essere utilizzata per il paziente e per l'accompagnatore.

175	Punteggio alla "Glasgow Outcome Scale" (attenzione! Cfr. l'Annesso 2 per codificare da 0 a 6) Buon Recupero: Livello superiore 0 Livello inferiore 1 Moderata disabilità: Livello superiore 2 Livello inferiore 3 Grave disabilità: Livello superiore 4 Livello inferiore 5 Stato Vegetativo Persistente 6	<input type="text"/>	45
------------	--	----------------------	----

2.5.8 CONCLUSIONI FINALI DELL'ESAMINATORE

Sintesi della valutazione

Fate un riassunto , analizzando:

la natura e la gravità del trauma

lo stato anteriore all'incidente (situazione socio-professionale, personalità e malattie)

i deficit fisici, intellettivi e comportamentali, le capacità e gli handicap, la situazione familiare

le risorse disponibili e/o necessarie

l'opinione finale del paziente e dell'accompagnatore sulla propria situazione e sui propri bisogni

Piano d'azione

Indicate i vostri programmi sotto i seguenti aspetti:

accertamenti supplementari

trattamento medico e/o chirurgico

rieducazione e presa in carico a lungo termine

lavoro e attività ricreative, aspetti familiari e di abitazione

risorse supplementari (famiglia, associazione, centro di transizione ...)

aspetti medico-legali e finanziari

l'opinione personale del paziente e dell'accompagnatore sul nuovo progetto di vita

DATA

FIRMA DELL'ESAMINATORE

ALLEGATO 1: PARTECIPANTI

Questo protocollo è stato elaborato ne corso di workshops a Bruxelles (1988,1991), con la collaborazione di numerosi esperti (confronta sotto) rappresentanti i dodici paesi della C.E.E. e provenienti da diverse categorie professionali (medici, psicologici, ergoterapisti, assistenti sociali, rappresentanti delle associazioni delle famiglie...) , e sotto il coordinamento del Dottore D.M. Brooks (Northampton, UNITED KINGDOM) e del Professore J.L. TRUELLE (Paris-Surenes, FRANCE)

Ringraziamenti a:

andrews (GB), Arga (F), Attal (F), de Barsy (B), Berrol (USA), Betts (IRE), Bori (SP), Boucand (F), Bricolo (I), Brooks (GB), Bryden (GB), Castro-Caldas (P), Chadan (F), Chevrillon (F), Chiron (F), Courros (F), Danzè (F), Dartigues (F), Dessertine (F), Drouin (Can), Eames (GB), Eyssette (F), Fugl-Meyer (S), Gerhard (D), Grondard (F), Guerriero (P), Hall (GB), Hamonet (F), Held (F), Janzik (D), Jennett (GB), Joseph (F), De Mabarthe (F), Laloua (F), Lams (SP), Lay (B), Leclerq (B), McLinlay (BG), McLellen (GB), Maguet (F), Mathè (F), Mazaux (F), Meurant (F), Mondain-Monval (F), Morris (GB), Nadeau (F); Potagas (GR), Remy-Neris (F), Richer (F), Schmieder (D), Stehman (B), Talbott (GB), Thomsen (DK), Truelle (F), Vanier (CAN), Van Zomeren (HOL).

ALLEGATO 2: SCALA "GLASGOW" DEGLI ESITI.

La scala è una valutazione globale in 5 punti. Il valore minimo corrisponde al decesso, mentre il massimo valore corrisponde a un buon recupero. Per gli scopi di questo protocollo le prime 3 categorie sono state suddivise in 6 categorie di sopravvivenza vigile. I valori e i criteri da utilizzare per l'applicazione sono:

Recupero Buono

(livello superiore ed inferiore per ciascuna categoria (0 e 1)

Si riferisce a pazienti che pur potendo presentare deficit motori o cognitivi, riprendono una vita normale. Ritenere che il criterio principale di valutazione sia la ripresa del lavoro è fuorviante e può ingenerare delle speranze non realistiche, anche perchè tale criterio è condizionato in larga misura dai diversi contesti economici e culturali. Alcuni pazienti possono, pur presentando un grado di invalidità notevole, trovare un lavoro a tempo pieno, sia perchè hanno cambiato il posto di lavoro, sia perchè il lavoro precedente è tuttora compatibile con l'handicap, o sia perchè il datore di lavoro si è reso disponibile ad adattare il tipo di attività. Durante la valutazione è inoltre importante indagare le attività sociali, con particolare attenzione al tempo libero e ai rapporti con l'ambiente.

Handicap moderato

(diabile ma indipendente) (2 e 3)

Si riferisce a pazienti che, pur potendo presentare disfasie, emiplegie o atassie, deficit intellettivi o mnesici, cambiamenti della personalità, e turbe emotive o comportamentali, sono indipendenti nella vita quotidiana (ad esempio sono in grado di utilizzare i trasporti pubblici). Tuttavia devono lavorare in ambienti protetti, e i loro disturbi rimangono tali da poter provocare gravi scompensi all'interno del nucleo familiare.

Handicap grave

(vigile ma disabile) (4 e 5)

Si riferisce a pazienti che a causa del loro handicap fisico e/o mentale necessitano dell'assistenza di una terza persona nelle attività della vita quotidiana. Molti necessitano di istituzioni apposite, ma questo non è un criterio di valutazione dell'handicap, in quanto molte famiglie, con estremo impegno, riescono a tenere il paziente a domicilio. Da notare che un grave disturbo mentale può portare a includere in questo gruppo pazienti con disabilità fisiche lievi o addirittura assenti.

ALLEGATO 3: CODICI TELEFONICI INTERNAZIONALI.

BELGIO	32
DANIMARCA	45
FRANCIA	33
GERMANIA	49
GRAN BRETAGNA	44
GRECIA	30
IRLANDA	353
ITALIA	39
LUSSEMBURGO	352
OLANDA	31
PORTOGALLO	351
SPAGNA	34