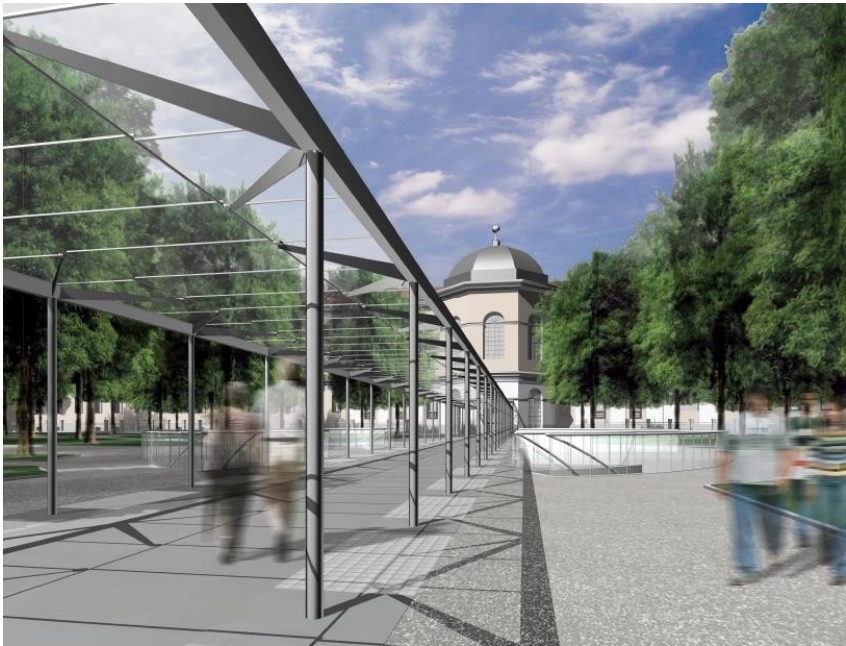




IL TRAUMA CRANICO MANUALE INFORMATIVO PER IL PAZIENTE E LA SUA FAMIGLIA

Azienda Sanitaria Universitaria Giuliano Isontina



INTRODUZIONE

Ogni anno si considera che i nuovi traumi cranici varino tra i cento ed i trecento casi per centomila abitanti, con una prevalenza di traumatizzati nel sesso maschile.

La principale causa è determinata dagli incidenti stradali, tranne che nell'infanzia e nell'età avanzata, in cui le cause più frequenti sono le cadute accidentali e gli incidenti domestici.

Gli studi ci dicono che su cento ricoveri 80 sono dovuti a traumi di lieve entità, 10 di gravità moderata e 10 di gravità elevata.

Mentre in passato il trauma cranico rappresentava un evento quasi sempre senza ritorno, le moderne tecniche rianimatorie permettono, nella maggior parte dei casi, di salvare la vita del paziente.

Chi subisce un trauma cranico può riportare esiti fisici, cognitivi e comportamentali che possono cambiare completamente la sua vita e quella di chi gli sta vicino.

Ed è su questi due ultimi aspetti che porteremo l'attenzione.

Le famiglie frequentemente devono passare attraverso un tragico percorso, in cui sono costrette a rinunciare alla persona che hanno conosciuto fino a quel momento, per iniziare un rapporto nuovo con una persona spesso molto diversa da prima.

Quando il malato viene trasferito in un'unità di riabilitazione come la nostra, il periodo critico dal punto di vista medico è generalmente superato.

Pertanto da questo momento le attenzioni si spostano sul ripristino di capacità, temporaneamente sopprese, e sull'apprendimento di strategie efficaci per compensare eventuali deficit.

Scopo di questa guida è dunque quello di fornire informazioni che aiutino ad affrontare gli effetti del trauma cranico sulla vita del paziente e di chi gli sta vicino, nonché quello di spiegare il programma di trattamento previsto per il traumatizzato cranico presso il nostro reparto.

INNANZITUTTO, CHE COS' E' L'ENCEFALO ?

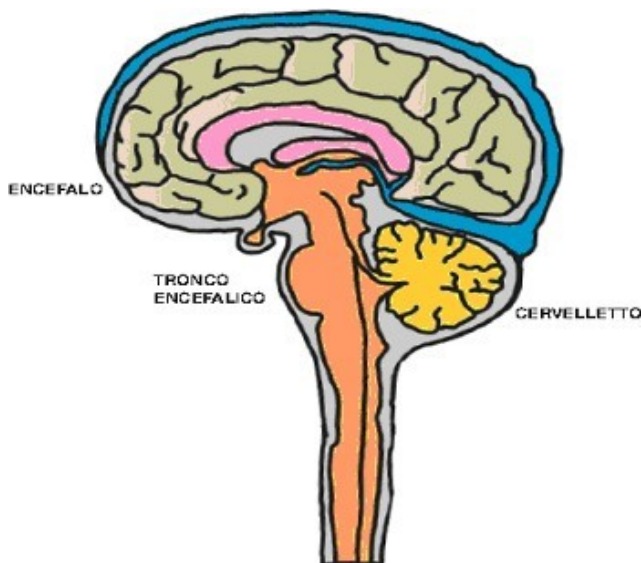
Il nostro cervello si trova all'interno della scatola cranica, sospeso in un liquido (liquido cerebrospinale) che ha anche il compito di proteggerlo dagli eventi traumatici.

Esso si suddivide in:

tronco encefalico, che controlla importanti funzioni vitali quali la respirazione, il mantenimento della frequenza cardiaca e della pressione sanguigna

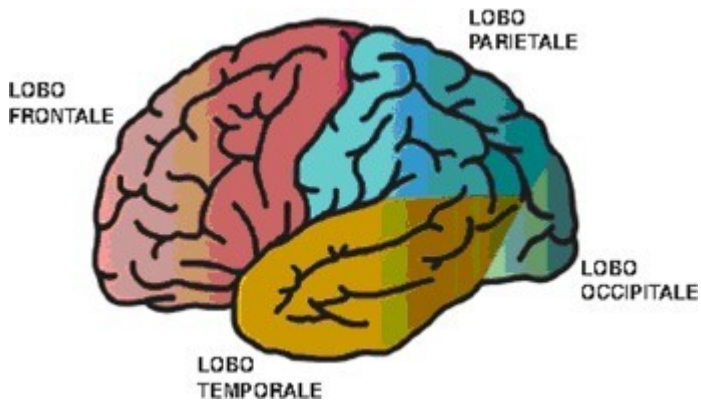
cervelletto, importante per la coordinazione motoria e l'equilibrio

encefalo, formato da due emisferi, identici nell'aspetto ma che svolgono funzioni diverse.



Ogni emisfero controlla la parte opposta del corpo e in generale si può dire che l'emisfero sinistro presiede alle funzioni legate al linguaggio, mentre quello destro è deputato all'elaborazione di dati relativi allo spazio, alla percezione della musica e sarebbe implicato anche nelle emozioni.

Ogni emisfero comunica con l'altro attraverso un grosso fascio di fibre nervose (detto corpo calloso) ed è diviso in quattro parti o lobi, il frontale, il parietale, l'occipitale e il temporale, deputato ciascuno a funzioni specifiche, motorie o sensitive.



I lobi frontali sono importanti nella regolazione di attività complesse, specie nella pianificazione e organizzazione del comportamento

I lobi temporali elaborano informazioni uditive e sono implicati nella memoria e nell'affettività

I lobi occipitali, che si trovano nella parte più posteriore degli emisferi, elaborano informazioni visive

I lobi parietali: quello destro è specializzato in abilità visuo-spaziali come la discriminazione tra destra e sinistra, il riconoscimento e la percezione delle diverse parti del corpo; il lobo parietale sinistro invece sarebbe preposto al riconoscimento del linguaggio e alla memoria per le parole, ma anche a funzioni matematiche e alla scrittura.

LA DIAGNOSI

Nel trauma cranico, l'urto o l'azione di forze violente sul cranio possono produrre lesioni e fratture cerebrali.

Il danno cerebrale dipende da come è avvenuto il trauma; infatti, i traumi cranici possono essere aperti o chiusi a seconda del meccanismo d'azione dell'urto, che può provocare o meno una lesione che mette in comunicazione il cervello con l'esterno.

Quando il trauma è circoscritto all'area interessata dall'urto si chiama foca/e, si definisce diffuso se interessa anche strutture cerebrali lontane dalla zona d'urto, come conseguenza del brusco movimento del cervello all'interno della scatola cranica.

In questo secondo caso si può parlare di lesioni "da colpo" e da "contraccolpo."

Il vostro familiare molto probabilmente è stato sottoposto a tutta una serie di valutazioni mediche e di indagini radiologiche aventi lo scopo di definire la sede e l'entità del danno e di seguire nel tempo il quadro clinico del paziente.

La richiesta dei diversi esami viene ovviamente valutata in rapporto al quadro clinico.

Inoltre al vostro familiare sarà stato certamente attribuito un punteggio alla scala del coma di Glasgow (G/Asgow Coma Scale GCS). Questa scala, oggi largamente usata in tutto il mondo, consente una rapida e precisa definizione della condizione clinica del malato.

La GCS valuta lo stato di coscienza poiché, nelle fasi acute, a seconda del tipo ed estensione del trauma, il paziente può trovarsi in stato di coma.

Il coma è una condizione di grave alterazione della coscienza che spesso si accompagna ad una interruzione delle principali funzioni necessarie alla sopravvivenza dell'individuo.

Questo obbliga al ricovero in reparti di rianimazione dove il soggetto è collegato a macchine che ne sostengono le funzioni vitali.

In alcuni casi questa condizione è di breve durata, ma in altri, può trasformarsi in uno "stato vegetativo", cioè una situazione nella quale si ha almeno una parziale ripresa delle funzioni vitali (il paziente non dipende più da macchine per la sopravvivenza), ma permangono gravi alterazioni della coscienza.

La GCS prevede la valutazione combinata delle risposte oculari, verbali e motorie.

Ad ognuna di esse corrisponde un punteggio, la cui somma rappresenta il livello di coscienza del paziente.

Lo score risulta dalla somma delle migliori risposte oculari, verbali e motorie ottenute e va da un minimo di 3 ad un massimo di 15.

In base al punteggio GCS i traumi cranici vengono classificati in:

TRAUMI CRANICI LIEVI

GCS 13-15

Si tratta del maggior numero di casi di trauma al capo, in cui non si ha perdita di coscienza, oppure la durata della stessa non supera i 20-30 minuti.

I traumi lievi sono quelli più difficili da diagnosticare in quanto il danno al tessuto cerebrale non compare per diversi giorni dopo il trauma, e gli esami diagnostici convenzionali (TAC cerebrale, esame neurologico, ecc ..) tendono a risultare negativi.

Così molto spesso questo tipo di trauma non viene correttamente individuato, e l'individuo stesso può non notare le alterazioni mentali finché non torna a svolgere le comuni attività della vita quotidiana, quando cioè rientra al lavoro oppure a scuola o riprende a fare programmi per la famiglia. Qui di seguito riportiamo alcuni dei sintomi post-traumatici del trauma cranico lieve che possono rappresentare segnali di allarme e che potrebbero suggerire ulteriori indagini:

Problemi fisici: cefalea, vertigine, nausea, debolezza, eccessivo affaticamento

Disturbi cognitivi: perdita di memoria, scarsa concentrazione, aumento della distraibilità, difficoltà a fare più di una cosa per volta, confusione, allentamento.

Cambiamenti dell'umore e/o del comportamento: ridotta tolleranza allo stress, facile frustrazione, irritabilità, ansietà, depressione; isolamento sociale, difficoltà sul lavoro.

Generalmente questi sintomi tendono a scomparire nel giro di alcuni giorni, ma alle volte ci vogliono diversi mesi e alcuni individui non recuperano mai completamente. In questi casi si parla di "sindrome post-concussiva persistente"

TRAUMI CRANICI DI GRAVITA' MODERATA

GCS 9-12

Questi traumi si accompagnano ad una perdita della coscienza durante o subito dopo l'incidente.

Sebbene in questo gruppo la natura e la durata dei sintomi vari notevolmente, molti pazienti continuano a soffrire di disturbi significativi a tre mesi dall'evento traumatico: cefalee, disturbi di memoria e difficoltà nella vita quotidiana sono i sintomi più comuni.

Molti ritornano al lavoro e chi si prendeva cura della famiglia riprende su di sé le proprie responsabilità. Tuttavia alcuni faticano a riguadagnare la qualità di vita precedente in quanto mostrano modificazioni comportamentali che interferiscono con la gestione delle attività quotidiane.

Alcuni si mostrano più impulsivi o soggetti ad esplosioni di rabbia, al contrario altri appaiono apatici, privi di iniziativa e spontaneità, con un appiattimento o riduzione anche dell'affettività (es. non apprezzano più le attività che prima li appassionavano, non mostrano più interesse per i cibi o per l'attività sessuale).

Altri ancora possono avere problemi di apprendimento, difficoltà a programmare e a controllare autonomamente le proprie azioni.

Frequentemente comunque le alterazioni comportamentali non sono tali da rendere queste persone inadatte o incapaci di riprendere la propria attività lavorativa, ma possono impedire la ripresa o il raggiungimento di ruoli direttivi e manageriali.

Infine ansia e depressione sono comuni, soprattutto dopo le fasi acute, e tendono ad aumentare d'intensità nel tempo.

Sono infatti in genere reattive alle menomazioni fisiche e/o cognitive e perciò tendono ad essere tanto più persistenti tanto maggiore è la consapevolezza delle proprie disabilità.

I TRAUMI CRANICI SEVERI

GCS<8

Comportano un'alterazione persistente della coscienza, possono accompagnarsi a deficit neurologici focali o a lesioni craniche penetranti.

I traumi più gravi si osservano nel contesto di un politrauma, spesso con compromissione della respirazione e della circolazione cerebrale.

Questi due fattori, insieme all'età, sono le variabili che più marcatamente incidono sul recupero dei traumatizzati cranici in coma.

Questo ovviamente è il gruppo di pazienti che necessita di maggiori cure e riabilitazione, per tempi molto spesso molto lunghi.

Pochi recupereranno una vita pienamente indipendente e le loro disabilità causano in genere alle famiglie importanti carichi dal punto di vista organizzativo, economico e affettivo.

Le loro disabilità possono riguardare tanto la sfera cognitiva, quanto quella emotiva e comportamentale.

Difetti cognitivi: ogni aspetto della cognizione può essere più o

meno compromesso

- ✚ I deficit attentivi sono molto comuni e quando sono gravi la persona non è in grado di mantenere l'attenzione al punto di non trarre beneficio dal trattamento riabilitativo

- ✚ Molto frequenti sono anche le alterazioni della memoria, di solito consistenti nella incapacità o difficoltà ad acquisire, immagazzinare e riutilizzare informazioni successive al trauma.

Spesso è presente anche l'amnesia retrograda, che riguarda periodi di tempo precedenti il trauma e la cui entità (cioè a quanto tempo prima dell'incidente risalgono gli ultimi ricordi) dipende dalla gravità del danno subito.

- ✚ Nel trauma cranico i lobi frontali vengono quasi costantemente danneggiati.

I disturbi associati a lesioni del lobo frontale rappresentano spesso la maggiore causa di menomazioni poiché interferiscono con l'abilità del paziente di utilizzare in maniera adeguata le proprie conoscenze e capacità.

Il vostro caro può avere difficoltà di ragionamento, di scegliere strategie adeguate per la risoluzione di problemi anche semplici, e più in generale può mostrare difficoltà nell'autocontrollo e nella regolazione del comportamento.

Un problema importante che può presentarsi è la riduzione della consapevolezza dei propri disturbi.

- ✚ Senza consapevolezza, la persona può non comprendere l'importanza della rieducazione e mostrarsi indifferente rispetto ai propri deficit.

- ✚ Altri deficit cognitivi possono essere presenti in base alla sede, alla dimensione, alla profondità e alle caratteristiche della lesione.

Frequenti sono i disturbi del linguaggio caratterizzati da incapacità di comunicare in modo socialmente adeguato.

Disturbi emotivi e comportamentali: i disturbi comportamentali interessano direttamente l'affettività, il comportamento interpersonale e l'adattamento sociale; anche questi hanno origine perlopiù da un danno ai lobi frontali.

Essi implicano sia l'esagerazione che la diminuzione di risposte emotive e/o comportamentali:

- + comportamenti sociali inappropriati e/o esagerati: impulsività, labilità emotiva o aumentata reattività emotiva, scarsa tolleranza alle richieste e alle frustrazioni, facile irritabilità, perdita del controllo e episodi di collera, comportamento infantile e immaturo, linguaggio volgare, comportamento sessuale promiscuo, iperattività motoria
- + riduzione o appiattimento emotivo: apatia, indifferenza, svogliatezza, perdita di iniziativa, perdita di interesse sessuale, eloquio spontaneo molto ridotto o assente, ridotta espressione emotiva.

Tali problemi hanno, è bene ripeterlo, una specifica causa organica e quindi vanno trattati come conseguenze dell'evento traumatico.

Quando il paziente è consapevole della propria disabilità tutte queste difficoltà possono anche indurre intense reazioni emotive portando ad ansia, depressione fino all'isolamento sociale, e determinando un calo o una totale incapacità dell'efficienza lavorativa, del rendimento scolastico e delle diverse attività quotidiane.

IL RECUPERO E' POSSIBILE

La prognosi dei traumatizzati cranici è legata soprattutto al punteggio ottenuto alla Glasgow Coma Scale all'ingresso in ospedale.

Anche altri fattori incidono però sul recupero.

L'assenza di lesioni ad altri organi, un adeguato livello nutrizionale, il controllo delle infezioni e la riabilitazione migliorano le possibilità di recupero.

La gravità di un trauma cranico e quindi il grado di recupero prevedibile dipende perciò da molti fattori che vanno conosciuti a fondo e vagliati.

Vi possono essere disturbi di natura fisica, di natura psicologica, cognitiva e comportamentale.

Gli esiti cognitivi e comportamentali, anche in assenza di deficit motori, influenzano profondamente l'adattamento a lungo termine.

I bisogni dei traumatizzati cranici e delle loro famiglie hanno portato la Medicina Riabilitativa a sviluppare una maggiore sensibilità verso i problemi dell'assistenza e riabilitazione di questi pazienti, e a sviluppare programmi di trattamento mirato.

La nostra equipe si pone come obiettivo quello di favorire, nel più breve tempo possibile, la ripresa di una vita normale o quanto meno di migliorare l'adattamento funzionale del paziente e il suo benessere soggettivo, preservando per quanto possibile la qualità della vita e la sua indipendenza nelle attività della vita quotidiana.

IL TRATTAMENTO DEL PAZIENTE CON TRAUMA CRANICO E' POSSIBILE

Presso la nostra struttura di Medicina Riabilitativa il trattamento è centrato sulle conseguenze fisiche, motorie, cognitive, comportamentali ed emotive del trauma cranico.

La fase riabilitativa comincia già in fase acuta per proseguire poi in caso di necessità, anche dopo la dimissione.

Abbiamo formato un'equipe specializzata e integrata che gravita intorno alla persona in cui anche la famiglia ha un ruolo attivo:

Medici Fisiatri: medici specializzati in Medicina Fisica e Riabilitazione che valutano e prescrivono il trattamento riabilitativo al vostro familiare seguendolo durante tutto il percorso riabilitativo e nel follow-up e integrando le diverse competenze del team.

A loro potete fare riferimento per le notizie e le informazioni di cui avete bisogno.

Neuropsicologi: attraverso un accurato esame neuropsicologico, valuteranno periodicamente il profilo cognitivo del vostro familiare.

Mediante l'uso di test psicodiagnostici standardizzati, individueranno i deficit cognitivi presenti nelle diverse aree della memoria, del linguaggio, l'orientamento, l'attenzione, la capacità di ragionamento, la percezione, ecc., le abilità residue, le modificazioni della personalità e le eventuali problematiche caratteriali.

Compito del neuropsicologo sarà anche quello di verificare a distanza di tempo dal trauma, la remissione o progressione dei deficit segnalati, nonché indagare l'insorgere di eventuali disturbi psicologici che possono aggravare il quadro cognitivo e fisico del paziente.

Psicologo Clinico: per quanto riguarda i problemi psicologici e le turbe comportamentali osservabili nei pazienti con trauma cranico è previsto un sostegno psicologico o se necessario una psicoterapia breve.

Fisioterapisti: si concentrano sul recupero neuromotorio.

Quindi sviluppano programmi individuali di trattamento per il recupero delle diverse abilità motorie e sensitive di concerto con tutte le altre figure del nostro team. Il terapeuta mostrerà anche ai familiari le azioni più adeguate per integrare il trattamento neuromotorio.

Terapista Occupazionale: aiuterà il vostro familiare a riguadagnare il più alto livello di indipendenza possibile nelle attività della vita quotidiana direttamente o attraverso l'indicazione di ausili o mediante il supporto di tecniche compensative.

Logopedista: facilita tutti gli aspetti della comunicazione, inclusa la produzione di suoni, l'espressione verbale, la comprensione, la lettura, la scrittura.

Musicoterapista: svolge un ruolo prezioso per quanto riguarda il superamento di difficoltà nell'espressione verbale ma anche nella comunicazione e socialità.

Personale infermieristico: è figura essenziale nel programma di trattamento. E' al personale di assistenza che vengono affidati i pazienti nell'arco delle 24 ore. Si prende cura della persona ma ha inoltre il grande compito di comprendere e di relazionarsi con il paziente e i suoi familiari avendo presente le difficoltà ma anche i progressi dovuti alle tecniche riabilitative.

Tutte queste figure lavorano in team allo scopo di elaborare una diagnosi finalizzata all'impostazione di un adeguato progetto riabilitativo.

LA RIABILITAZIONE NEUROPSICOLOGICA

Il nostro obiettivo è quello di creare programmi riabilitativi differenziati in base alle peculiarità individuali dei pazienti.

Di qui la necessità di operare, prima del trattamento riabilitativo, una valutazione neuropsicologica corretta ed accurata che aiuti a determinare le risorse cognitive risparmiate dalla lesione cerebrale.

Eventuali valutazioni periodiche avranno poi lo scopo di modificare gli obiettivi del trattamento in caso di evoluzione e/o miglioramento del profilo cognitivo.

La Riabilitazione Neuropsicologica con il traumatizzato cranico ha l'obiettivo di potenziare le capacità cognitive danneggiate dal trauma sia attraverso interventi diretti (ad es. mediante l'ausilio di programmi riabilitativi computerizzati), sia attraverso procedure indirette (ad es. uso di strategie metacognitive e strategie vicarianti).

Per quanto riguarda i problemi psicologici e le turbe comportamentali osservabili nei pazienti con trauma cranico è spesso necessaria l'integrazione con lo psicologo clinico.

LA FAMIGLIA

Il trauma cranico non colpisce esclusivamente il paziente ma anche chi gli sta vicino, generando disagio psicologico legato alla novità, alla gravità, alle difficoltà insite nella situazione creatasi con l'evento traumatico: ansia, depressione, paura, solitudine, sfiducia, rabbia, abbandono, isolamento sono i sintomi più comuni.

Possono allora risultare utili periodici incontri di counseling rivolti ai familiari del paziente con lo scopo di fornire sostegno emotivo ed indicazioni pratiche per la gestione quotidiana del paziente stesso.

Infatti un ruolo fondamentale nella vicenda del traumatizzato cranico lo ricopre proprio la sua famiglia, che si assume un grosso carico di responsabilità ed ha una parte fondamentale nel cammino riabilitativo.

I familiari possono offrire un supporto unico e necessario che va però impostato in collaborazione e con l'assistenza di tutte le figure del team.

Familiari e amici sono inoltre una fonte di informazione essenziale per quanto riguarda le caratteristiche personali del paziente precedenti all'evento traumatico.

L'apporto della famiglia o comunque di persone significative per il paziente è importante dal primo momento della presa in carico del paziente e lo diventa sempre di più man mano che si procede nel progetto riabilitativo.

DOVE RIVOLGERSI

Il Servizio di Neuropsicologia Clinica presso la Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale Maggiore è finalizzato alla valutazione ed alla riabilitazione specifica di pazienti con deficit cognitivi secondari a lesione cerebrale acquisita.

Obiettivo primario è la valutazione del profilo cognitivo dei pazienti nonché la preparazione e l'aggiornamento di progetti personalizzati di riabilitazione e la verifica dell'efficacia dei trattamenti.

Il primo passo è quindi conoscere quali possono essere i disturbi che il vostro familiare presenta dopo la fase acuta immediatamente successiva al trauma, per poter eventualmente intervenire ed impostare un adeguato trattamento.

Per una valutazione neuropsicologica e/o per il trattamento dei disturbi cognitivi-comportamentali :

si può prendere appuntamento agli sportelli del Centro Unico di Prenotazione (CUP) per "visita fisiatrica" Ambulatorio Neurolesi" con impegnativa del proprio Medico Curante.

Il paziente verrà prima visitato dal fisiatra responsabile dell'ambulatorio neurolesi il quale fisserà poi l'appuntamento per l'esame neuropsicologico.

Le visite verranno effettuate presso la Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa dell'Ospedale Maggiore, Piazza dell'Ospitale n°1

Se indicato verrà poi programmato il trattamento per eventuali disturbi cognitivi e/o comportamentali.

A seconda delle difficoltà individuate il paziente verrà seguito dall'ambulatorio dei Disturbi Cognitivi, dall'ambulatorio di Terapia Logopedica, dall'ambulatorio di Terapia Occupazionale o dall'ambulatorio di Musicoterapia.



CHI CONTATTARE PER EVENTUALI INFORMAZIONI

Struttura Semplice Neurolesi e occupazionale

-  **dott.ssa Valentina Pesavento**
-  **dott.ssa Alberta Lunardelli**
-  **dott.ssa Alina Menichelli**
-  **dott.ssa Milena Pascotto**



Redatto Comunicazione, Relazioni esterne aziendali, Ufficio stampa, URP
ASUGI su testo e immagini forniti dalla Medicina Riabilitativa

Ambulatorio Neurolesi - Servizio di Neuropsicologia
Segreteria: tel. 040 - 399 2844; fax 040 – 399 2322

Revisione 01 – maggio 2022