



Istruzioni sul modulo di documentazione

per prima consultazione successiva a trauma da accelerazione cranio-cervicale

Aspetti fondamentali

Le attuali innovazioni e integrazioni del modulo di prima documentazione si basano sulla decisione di principio del Tribunale federale DTF 134 V 109 del 19 febbraio 2008. In questa decisione [1] vengono definiti chiaramente i requisiti della documentazione di prima consultazione e della documentazione sull'andamento. Lo scopo della prima visita medica nella fase acuta è quello di documentare la dinamica dell'incidente sulla base delle dichiarazioni del paziente, rilevare i disturbi comparsi e i segni clinici. Il presente modulo di prima documentazione ampliato tiene conto di questi requisiti e funge da supporto per l'intervista, la visita e la documentazione dell'anamnesi nella prima consultazione di un/paziente che ha subito un trauma da accelerazione cranio-cervicale. Inoltre il modulo deve essere utilizzato come primo referto da sottoporre all'attenzione degli assicuratori infortuni o malattie.

Una documentazione insufficiente nonché mancati tentativi di lavoro durante il decorso possono avere ripercussioni negative sulla paziente. Il Tribunale federale stabilisce sostanzialmente che la "prima dichiarazione medica accurata con intervista approfondita [...] è di grande importanza" (fine della citazione [1]). L'uso del modulo di prima documentazione per la documentazione non è richiesto esplicitamente, ma viene raccomandato per i primi chiarimenti sistematici.

I tipi di incidente più frequenti sono le collisioni tra veicoli. Alcune domande hanno senso solo in questo contesto. In caso di tipo di incidente diverso non vanno tenute in considerazione.

Spiegazioni sul modulo di prima documentazione

1. Dati relativi al paziente

Dati generali come nome, età, data e ora dell'incidente, data e ora della prima visita e dati del medico curante successivo. La novità in questo caso è la domanda sul ricovero in ambulanza, perché sempre più persone infortunate vengono trasportate al pronto soccorso in ambulanza.

2a. Descrizione libera della dinamica dell'incidente in ordine cronologico da parte del paziente

Il/la paziente deve descrivere nel modo più spontaneo possibile la natura, la dinamica e le circostanze dell'incidente. Ciò consente una descrizione priva di distorsioni e può offrire già degli elementi per rispondere alla domanda 2C. Tenere presente che le indicazioni del paziente riguardo a velocità e intensità dell'impatto sono di natura soggettiva e non autorizzano il medico ad effettuare un'interpretazione della meccanica dell'incidente che può essere ricostruita fedelmente solo con l'esame dei veicoli coinvolti da parte di esperti di incidenti stradali e di biomeccanica.

2b. Dinamica dell'infortunio

Queste domande integrano la domanda 2a e possono essere poste in modo strutturato. Il tipo di incidente è importante. Nel caso più frequente, quello della collisione di veicoli, vengono chiesti altri dettagli su urto alla testa, posizione della testa, posizione del corpo, presenza di poggiatesta, utilizzo delle cinture di sicurezza e altro.

2c. Le indicazioni cronologiche sulla dinamica dell'incidente fanno sospettare

Accertare che il/la paziente ricordi la dinamica dell'incidente senza vuoti di memoria in aggiunta alla domanda 2a serve ad escludere un trauma cranico (ovvero una lieve commozione cerebrale). Si può assumere che non vi siano stati vuoti di memoria se il paziente

- ha sentito il rumore dell'urto,
- ha percepito le conseguenze dell'urto sul proprio corpo insieme a un effetto di movimento,
- riesce a descrivere integralmente il proprio comportamento dopo l'arresto del veicolo.

Nel contesto delle domande si indaga anche la reazione psichica del/la paziente all'evento.

3. Attività dopo l'incidente

La domanda mira ad identificare sia la gravità dei disturbi iniziali sia l'entità dei danni al veicolo.

4. Indicazioni del paziente relative al decorso dei disturbi dal momento dell'infortunio

Queste domande sono finalizzate a stabilire la natura dei sintomi, il momento della loro comparsa e il loro decorso fino alla prima consultazione. Per il decorso successivo è utile avere una valutazione soggettiva dell'intensità dei dolori, specialmente per i dolori cervicali e le cefalee. È importante distinguere anche tra sintomi riferiti spontaneamente o quelli che hanno dovuto essere richiesti. Alcuni pazienti tendono a non segnalare spontaneamente eventuali disturbi precoci dell'attenzione e della memoria, disturbi del sonno, segni vegetativi, sintomi d'ansia o di depressione. In considerazione dell'elevato rischio di cronicizzazione è consigliabile indagare su questi sintomi in maniera generale, evitando di suggestionare il paziente. Qualora se ne riscontri la presenza, tali sintomi costituiscono una parte integrante della gestione terapeutica iniziale del paziente, da inquadrare nel contesto medico generale e da considerare nel successivo decorso.

5. Anamnesi precedente

Si concentra sugli incidenti avvenuti in precedenza con interessamento della colonna cervicale e/o del capo e su altri disturbi con necessità di trattamento presenti prima dell'incidente. Inoltre è importante chiedere al paziente se ha sofferto in passato di cefalee, compresi i dolori emicranici. È richiesto inoltre il rilevamento accurato dell'anamnesi precedente incl. le domande sullo stato psichico (incl. psicoterapie) ai sensi della decisione del Tribunale federale 134 V 109.

6. Reperto medico

L'esame obiettivo comprende il rilevamento dello stato muscolo-scheletrico e di quello neurologico.

a) Dolori/Mobilità della colonna cervicale (movimenti attivi svolti dal paziente)

Nell'ispezione del paziente in posizione eretta vanno rilevate eventuali alterazioni della postura quali protrusione o lateralizzazione del capo/collo, innalzamento della spalla, appiattimento della cifosi fisiologica della colonna toracica e preesistenti anomalie posturali della colonna vertebrale.

Nella fase acuta va esaminata in linea di massima solo la mobilità attiva, ossia i movimenti eseguibili dal paziente, in corrispondenza con il principio del trattamento fisioterapico di non intervenire con le mani nelle prime tre settimane. Nell'esame della mobilità attiva vanno valutate la rotazione e la lateroflessione del capo, espresse in gradi (°) e la flessione/estensione, espresse con la distanza mento-sterno in cm.

La presenza di dolore a riposo, al movimento o solo alla digito-pressione dà informazioni sull'intensità del dolore stesso; un dolore alla compressione può indicare una lesione dello scheletro.

b) Dolore/Limitazione delle funzioni presso altre localizzazioni

In questa sezione vengono rilevati eventuali dolori e limitazioni funzionali in altra localizzazione, specialmente nella regione del tronco.

c) Esame neurologico

L'esame neurologico comprende l'esame dei riflessi tendinei, della forza muscolare e la ricerca di parestesie, deficit sensoriali o altri reperti neurologici patologici, come la lesione di un nervo cranico. I test vestibolari di Romberg e di Unterberger possono evidenziare segni di problemi vestibolari dovuti a vertigini. Deficit segmentali motori e/o sensoriali, come pure riflessi propriocettivi attenuati o assenti indicano una lesione radicolare o plessica. Emiplegie e/o aumento patologico dei riflessi indicano una lesione cerebrale o midollare. In ogni caso di lesione neurologica è opportuno un consulto neurologico immediato.

d) Stato attuale di coscienza

La sua valutazione avviene mediante la Glasgow-Coma-Scale (GCS). Ogni riduzione dello score GCS va chiarita immediatamente.

e) Altre osservazioni o evidenze (anche psichiche)

Ogni segnale di una pur lieve riduzione quantitativa o qualitativa dello stato di coscienza va registrato e richiede ulteriori chiarimenti.

f) Ferite esterne

Vanno riportate tutte le ferite esterne, in particolare quelle del cuoio capelluto.

g) Radiografie

Vanno riportate tutte le indagini radiologiche prescritte e i loro reperti.

7. Diagnosi provvisoria (In base alla classificazione Quebec Task Force [QTF])

L'elenco della diagnosi è stato elaborato sulla base della classificazione QTF (Quebec Task Force). Si prevede la distinzione tra diagnosi sospetta e diagnosi ai sensi della decisione del Tribunale federale 134 V109, inoltre vanno anche indicate eventuali diagnosi differenziali. Devono essere considerate anche tutte le diagnosi supplementari come ad esempio le lesioni esterne.

8. Terapia/Provvedimenti prescritti

Vanno riportate tutte le misure terapeutiche prescritte.

9. Capacità lavorativa

Conoscere l'attività lavorativa del paziente e l'attuale carico di lavoro è fondamentale per stabilire un'eventuale incapacità lavorativa in dettaglio. Le domande sulla situazione privata del paziente sono utili anche per ravvisare eventuali carichi psicosociali che possono complicare il decorso dopo l'incidente e che vanno quindi attentamente considerati nella gestione terapeutica.

10. Altre osservazioni

Eventuali integrazioni e spiegazioni non comprese nei punti precedenti possono essere riportate qui, ove necessario anche su fogli aggiuntivi.

[1] Nel bollettino dei medici svizzeri 2008;89:47, 2031–2032 alla pagina www.saez.ch > Archivio trovate una spiegazione dettagliata del lic. iur. David Weiss

Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA

Servizio medico

Zurigo, 28.02.2009

ASA | SVV

Associazione Svizzera d'Assicurazioni ASA

Conrad-Ferdinand-Meyer-Strasse 14

PO Box 4288

CH-8022 Zurigo

Tel.+41 44 208 28 28

info@svv.ch

svv.ch