

## **MANUALE**

### **THE MAYO-PORTLAND ADAPTABILITY INVENTORY (MPAI-4)**

**James F. Malec**, Ph.D., ABPP-Cn, Rp  
Mayo Clinic and Medical School  
Rochester, MN

**Muriel D. Lezak**, Ph.D., ABPP-Cn, CL  
Oregon Health and Sciences University  
Portland, OR

## INDICE

PRESENTAZIONE .....	2
MATERIALI E USO DEL PROTOCOLLO	
Materiali .....	3
Qualifica del Referente .....	3
COMPILAZIONE E PUNTEGGI	
Compilazione del MPAI-4 .....	4
Indicazioni per l'assegnazione dei punteggi nei singoli items .....	4
Mobilità .....	5
Uso delle mani .....	6
Vista .....	7
Udito .....	8
Capogiri .....	9
Articolazione della parola .....	10
Comunicazione verbale .....	11
Comunicazione non verbale .....	12
Attenzione/Concentrazione .....	13
Memoria .....	14
Archivio di informazioni/nozioni .....	15
Soluzione di nuovi problemi .....	16
Abilità visivo-spaziali .....	17
Ansia .....	18
Depressione .....	19
Irritabilità, collera, aggressività .....	20
Dolore e mal di testa .....	21
Fatica .....	22
Sensibilità a lievi sintomi .....	23
Interazioni sociali inappropriate .....	24
Alterazione della coscienza di sé .....	25
Rapporti con familiari ed altre persone significative .....	26
Iniziativa .....	27
Contatti sociali .....	28
Passatempi, attività ricreative e del tempo libero .....	29
Cura della propria persona .....	30
Abitazione .....	31
Uso dei mezzi di trasporto .....	32
Attività lavorativa retribuita .....	33
Altre occupazioni .....	34
Gestione di denaro e finanze .....	35
Altre condizioni pre-esistenti e co-esistenti .....	36
Alcool .....	36
Uso di sostanze .....	37
Sintomi psicotici .....	38
Infrazioni/violazioni della legge .....	39
Altre condizioni che comportano disabilità fisiche .....	40
Altre cause di disfunzioni cognitive .....	41
PUNTEGGI E INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI	
Punteggio .....	42
Conversione del punteggio grezzo in punteggio T e interpretazione dei risultati .....	44
BIBLIOGRAFIA .....	45
APPENDICI	

## PRESENTAZIONE

Il **Mayo-Portland Adaptability Inventory (MPAI)** è stato primariamente formulato quale strumento di supporto per:

- la valutazione clinica di soggetti nella fase post-acuta (dopo la dimissione dalle strutture sanitarie) successiva ad una lesione cerebrale acquisita
- la identificazione dei programmi riabilitativi più idonei per questi soggetti.

La valutazione di ogni area individuata dai quesiti del MPAI-4 consente di assicurare che le sequele più frequenti delle gravi cerebrolesioni acquisite (GCA) vengano prese in considerazione nella programmazione di trattamenti riabilitativi o di altri interventi clinici. I quesiti previsti dal MPAI-4 rappresentano la gamma dei problemi fisici, cognitivi, emotivi, comportamentali e sociali che possono interessare le persone in seguito a GCA. I quesiti del MPAI-4 forniscono anche una valutazione dei principali ostacoli all'integrazione sociale direttamente conseguenti alla GCA oppure dipendenti dalle caratteristiche sociali e fisiche dell'ambiente. Periodiche ri-valutazioni con MPAI-4 durante la riabilitazione post-acuta o altri interventi consentono di documentare i progressi, l'efficacia e l'appropriatezza degli interventi.

MPAI è correntemente utilizzato da numerosi erogatori di servizi per valutare l'efficacia degli interventi di riabilitazione in fase post-acuta mediante il confronto pre-post delle valutazioni eseguite sugli utenti.

L'attuale quarta versione del MPAI-4 prevede tre sezioni (Abilità, Adattamento, Partecipazione) ed offre misurazioni con proprietà psicometriche verificate e ben documentate, tali da poter essere efficacemente utilizzate tanto in ricerche applicative quanto in ambito clinico. Le proprietà psicometriche del MPAI-4 non sono riportate in questo manuale, tuttavia, sono descritte in dettaglio nella versione inglese dell'Aprile 2003 e facilmente reperibili sul sito web ([www.tbims.org/combi/mpai](http://www.tbims.org/combi/mpai)).

**Tabella 1: MPAI-4 - Classificazione dei quesiti**

<b>Indice di Abilità</b>	<b>Indice di Adattamento</b>	<b>Indice di Partecipazione</b>
Mobilità	Ansia	Iniziativa
Uso delle mani	Depressione	Contatti sociali
Vista	Irritabilità, collera, aggressività	Passatempi, attività ricreative e del tempo libero
Udito	Dolore e mal di testa	Cura della propria persona
Articolazione della parola	Fatica	Abitazione
Comunicazione	Sensibilità a lievi sintomi	Uso dei mezzi di trasporto
Attenzione/Concentrazione	Interazioni sociali inappropriate	Attività lavorativa retribuita o altre occupazioni
Memoria	Alterazione della coscienza di sé	Gestione di denaro e finanze
Archivio di informazioni/nozioni	Rapporti con familiari e altre persone significative	
Soluzione di nuovi problemi	Iniziativa	
Abilità visivo-spaziali	Contatti sociali	
Capogiri	Passatempi, attività ricreative e del tempo libero	

L'Indice di Partecipazione ottenuto dai brevi otto quesiti della Sezione C può servire quale misura di particolare utilità ai fini dell'obiettivo ultimo della riabilitazione o di qualsiasi altro intervento: la partecipazione sociale. Le qualità psicometriche di altre misure applicate nella valutazione di sequele delle GCA durante la fase post-acuta sono state da più parti criticate in letteratura<sup>1-3</sup>. Le persone referenti del MPAI possono essere: operatori sanitari, persona con GCA, familiari/altre persone significative. Recenti ricerche stabiliscono l'affidabilità delle compilazioni eseguite dai vari referenti e ne documentano anche i punti deboli di ciascuno. MPAI-4 offre anche la possibilità di comparare i

risultati di protocolli compilati da due o tre referenti, fornendo così una valutazione potenzialmente più affidabile e rappresentativa.

I quesiti previsti dal MPAI-4 identificano tre subscale/Indici: **Abilità** (per es. abilità sensoriali, motorie e cognitive); **Adattamento** (per es. umore, interazioni interpersonali); **Partecipazione** (per es. contatti sociali, iniziativa, gestione del denaro). I quesiti di ciascuna subscala sono elencati alla Tabella 1. Tre quesiti (Iniziativa, Contatti sociali, Passatempi, attività ricreative e del tempo libero) contribuiscono a determinare sia l'Indice di Adattamento sia l'Indice di Partecipazione.

## MATERIALI E USO DEL PROTOCOLLO

### MATERIALI

L'MPAI-4 è composto da questo manuale e dal protocollo MAPI-4. Il manuale contiene informazioni sullo sviluppo del MPAI, istruzioni dettagliate per la valutazione e il punteggio dei singoli items, indicazioni interpretative, dati normativi e informazioni circa l'affidabilità e validità psicometriche dello strumento. Il protocollo MPAI-4 è composto da quattro pagine che riportano: (a) brevi istruzioni per l'assegnazione del punteggio a ciascuno dei 29 quesiti previsti dal MPAI-4 ed a ciascuno dei sei quesiti supplementari (n°30-35) che forniscono ulteriori informazioni dell'epoca precedente e successiva all'evento cerebrolesivo, (b) il prospetto generale dei punteggi. Qualsiasi materiale relativo al MPAI-4 può essere scaricato dal sito web ([www.tbims.org/combi/mpai](http://www.tbims.org/combi/mpai)) curato dal Center for Outcome Measurement in Brain Injury (COMBI) e sponsorizzato dal National Institute of Disability and Rehabilitation Research (NIDRR) attraverso il suo TBI Model System Program.

Il Dr Malec e la Dr.ssa Lezak sono i detentori del copyright del MPAI-4 e delle precedenti versioni. Il MPAI-4 può essere scaricato dal sito web COMBI, duplicato e utilizzato senza spese o altri addebiti. Tuttavia, è espressamente vietata la distribuzione o la vendita a scopo di lucro/profitto del MPAI-4, delle precedenti versioni e del relativo materiale sviluppato dal Dr Malec e dalla Dr.ssa Lezak.

### QUALIFICA DEL REFERENTE

L'MPAI-4 può essere compilato dal soggetto con GCA, da suoi familiari/altre persone significative, da professionisti medici o riabilitatori, o da altri osservatori designati con buona conoscenza del soggetto cerebroleso. I soggetti con gravi deficit cognitivi sono esclusi dalla compilazione del MPAI. Gli operatori/staff devono controllare l'assegnazione dei punteggi basandosi sulle indicazioni fornite da questo manuale. Nella compilazione del protocollo, i soggetti con GCA e i loro familiari/altre persone significative possono essere supervisionati da un operatore esperto di MPAI-4 che si dimostri disponibile a fornire risposte a qualsiasi quesito.

È raccomandabile che i soggetti con GCA e i familiari/altre persone significative compilino la medesima versione del MPAI prevista per operatori/staff. Nella pratica clinica, il confronto tra gli elaborati prodotti da diversi referenti (operatore/staff, soggetto cerebroleso, familiare/altra persona significativa) consente di raccogliere informazioni sulle differenti prospettive di valutazione di ciascuno di essi. La successiva discussione di tali differenti punti di vista può risultare particolarmente interessante e utile ai fini della programmazione di efficaci interventi riabilitativi.

Il punteggio e l'interpretazione del MPAI-4 implicano un certo grado di esperienza e competenza professionale. Una figura professionale con formazione specifica in psicomетria o di esperienza nell'esecuzione di test psicometrici dovrebbe essere prevista in qualsiasi team clinico-riabilitativo che intenda utilizzare l'MPAI-4 per le valutazioni cliniche e dovrebbe essere coinvolta qualora l'MPAI-4 venga utilizzato a fini di valutazione o di ricerca clinica. L'interpretazione del MPAI-4 da parte di professionisti in ambito clinico richiede una specifica conoscenza dello strumento ed una specifica competenza nel campo degli esiti cerebrolesivi, oltre alle conoscenze basiche in materia di test e strumenti di misurazione.

## COMPILAZIONE E PUNTEGGI

### COMPILAZIONE DEL MPAI-4

Qualora vi siano referenti diversi (singolo operatore, staff, soggetto cerebroleso, familiare/altra persona significativa), la compilazione dei protocolli MPAI-4 deve avvenire separatamente. Nel caso in cui la valutazione sia eseguita da un gruppo di operatori/staff, la compilazione di un unico protocollo deve risultare dal consenso tra le varie figure professionali coinvolte. Di regola, tali valutazioni consensuali risultano essere le più attendibili ed accurate. Qualora l'MPAI-4 sia compilato da un singolo operatore, è consigliabile la consultazione di altre figure professionali che, per qualche motivo, abbiano in carico o abbiano valutato la persona cerebrolesa.

### INDICAZIONI PER L'ASSEGNAZIONE DEI PUNTEGGI NEI SINGOLI ITEMS

I primi 29 quesiti/items del MPAI-4 descrivono la condizione attuale o il decorso/outcome post-lesionale. Le analisi condotte con il metodo Rasch hanno dimostrato che questi 29 items appartengono ad un'unica dimensione e presentano una sostanziale consistenza interna. Ulteriori analisi hanno dimostrato che tale dimensione primaria comprende tre aree specificamente rappresentative di "Abilità", "Attività" e "Partecipazione sociale". Gli items che contribuiscono a ciascuna di queste aree sono classificati in tre Indici/subscale.

Il MPAI-4 è primariamente designato a descrivere le sequele delle GCA. Tuttavia, i primi 29 items del MPAI-4 dovrebbero riflettere l'attuale condizione del soggetto cerebroleso, indipendentemente dal fatto che altre circostanze diverse dall'evento cerebrolesivo possano contribuire alle limitazioni in termini di Abilità, Attività o Partecipazione. Spesso, infatti, risulta assai difficile, se non impossibile, stabilire quali fattori (per es. il trauma cranico o altri eventi) stanno contribuendo all'attuale condizione. Eventuali altre condizioni pre-esistenti oppure co-esistenti a quelle che mantengono le limitazioni valutate nei primi 29 items del MPAI-4 possono essere identificate negli items n° 30-35 del protocollo.

Mentre, da un lato, gli operatori dovrebbero avere una certa dimestichezza con le regole e le raccomandazioni descritte in questo manuale, dall'altro lato, non ci si può attendere che i soggetti cerebrolesi o i loro familiari possano studiare o imparare il manuale del MPAI-4. Pertanto, qualora questi soggetti si apprestano a compilare il questionario, dovrebbero avere la possibilità di contattare qualche membro dello staff in grado di fornire chiarimenti ad eventuali dubbi/incertezze su specifici item, o risposte ad eventuali quesiti.

Nelle pagine seguenti sono descritte linee-guida ed esemplificazioni per l'assegnazione dei punteggi in ogni singolo item del protocollo MPAI-4.

## SEZIONE A - ABILITÀ

**1. Mobilità:** Problemi a camminare/spostarsi; problemi di equilibrio che interferiscono sugli spostamenti. Il quesito riguarda le difficoltà a muoversi da un posto all'altro, sia camminando senza assistenza o con assistenza, sia spostandosi con l'aiuto di ausili, inclusa la sedia a rotelle. In questa categoria sono compresi anche i problemi di equilibrio se arrivano ad interferire con la mobilità stessa.

- 0 Non si verificano problemi negli spostamenti; la mobilità è indipendente senza assistenza o ausili.
- 1 All'esame clinico si evidenziano problemi di mobilità che però non interferiscono con alcuna attività del normale vivere quotidiano, compreso salire le scale o muoversi a passo rapido quando necessario. Queste attività possono essere svolte con l'aiuto di uno strumento di ausilio. Per esempio, persone che utilizzano un bastone o un appoggio per camminare possono conseguire il punteggio 1 se sono in grado di compiere tutte le consuete attività necessarie per una normale mobilità, compreso percorrere una rampa di scale e muoversi con passo accelerato, ad esempio, per evitare un ostacolo improvviso nel traffico. Le persone valutate a questo livello, ad un esame clinico possono anche presentare lievi disturbi del cammino, purchè questi non interferiscano con il tipo di attività sopra citate.
- 2 Disturbi del cammino o altre disfunzioni della mobilità interferiscono in parte ma non nella maggior parte del tempo (meno del 25% delle volte). Esempi di questo livello di problemi potrebbero essere rappresentati da persone su sedia a rotelle che sono in grado di svolgere tutte le normali attività quotidiane in modo indipendente ad eccezione del salire le scale, oppure persone che nel camminare non sempre riescono a muoversi rapidamente quando necessario, oppure sono limitate in alcuni altri aspetti specifici della mobilità, ad esempio, hanno difficoltà su superfici irregolari. Se tali problemi si verificano raramente (cioè < 5% delle volte), la persona è valutata a livello 1.
- 3 Problemi di mobilità interferiscono per gran parte del tempo (dal 25% al 50% delle volte), limitano molte attività e ne precludono alcune. Esempi di questo livello di problemi sono rappresentati da persone su sedia a rotelle che devono evitare un numero significativo di attività a causa delle difficoltà a manovrare autonomamente la sedia a rotelle, oppure coloro che necessitano di assistenza per la sedia a rotelle nella maggior parte delle volte, ma sono in grado di percorrere da soli piccole distanze. Questo livello di problemi include persone che sono in grado di muoversi in un'area delimitata senza assistenza, ma sono limitate in molte altre attività che implicano uno spostamento, come percorrere distanze significative in modo indipendente.
- 4 Sempre o nella maggior parte del tempo è necessaria assistenza per spostarsi da un posto all'altro. Ad esempio, persone che sono in grado di camminare in modo indipendente solo per distanze molto brevi, oppure persone che sono confinate a letto, o necessitano di assistenza nello spostarsi su sedia a rotelle per oltre il 75% delle volte.

- 2. Uso delle mani:** forza o coordinazione diseguale in una mano o problemi con entrambe le mani.
- 0 Forza e coordinazione normale in entrambe le mani, sia nell'esame clinico sia nelle attività del vivere quotidiano.
- 1 All'esame clinico emergono problemi di destrezza e velocità in una o in entrambe le mani. Tali problemi, comunque, non interferiscono sostanzialmente con le attività del vivere quotidiano. È possibile, sebbene poco probabile, che in alcune persone a questo livello manchi l'uso completo o sostanziale di una mano ma il loro adattamento non necessita di assistenza esterna.
- 2 I problemi interferiscono in alcuni momenti ma non per la maggior parte del tempo. Esempi potrebbero essere persone che necessitano di assistenza in alcune attività come tagliare il cibo, o che non sono in grado di partecipare ad alcune attività a causa della loro disabilità agli arti superiori, come ad esempio la partecipazione ad un gioco che preveda prese con le mani.
- 3 I problemi interferiscono nella maggior parte delle volte. Tipicamente, a questo livello le persone necessitano di assistenza sostanziale in molti aspetti delle attività strumentali al vivere quotidiano. Un esempio potrebbe essere quello di un individuo in grado di vestirsi da solo o quasi, ma necessita di assistenza per molte altre attività che richiedono maggiore destrezza di movimento, come scrivere, apparecchiare la tavola, aprire le porte.
- 4 L'assistenza è richiesta in tutte o quasi tutte le attività del vivere quotidiano a causa delle disabilità agli arti superiori. Tipicamente le persone a questo livello non sono in grado di vestirsi senza assistenza. Molte attività che richiedono l'uso delle mani (come ad esempio scrivere o usare le posate per mangiare) non possono essere compiute o sono eseguite con estrema difficoltà.

- 3. Vista:** Problemi di vista; visione sdoppiata; riduzione del campo visivo; danni agli occhi, al cervello o al nervo ottico che interferiscono con la vista. Disturbi visivi dovuti a deficit percettivi anziché a disabilità del sistema visivo primario dovrebbero essere classificati nel punto n° 11 (Abilità visivo-spaziali). Per esempio, il neglect/eminattenzione visiva dovrebbe essere valutato nel quesito n° 11, qualora non vi sia la riduzione del campo visivo o un disturbo della visione periferica.
- 0 Vista da vicino normale anche se con uso di lenti correttive, a condizione che le lenti correttive non siano state rese necessarie dalla lesione.
- 1 Attività del vivere quotidiano normalmente eseguite nonostante modesti disturbi visivi. Esempi possono essere le persone con visione doppia o offuscata molto modesta o intermittente. Altri esempi includono le persone che hanno perso la vista ad un occhio, ma con le tecniche compensative continuano a compiere tutte le attività quotidiane, compreso il guidare.
- 2 Disturbi visivi interferiscono in attività specifiche in alcuni momenti ma non nella maggior parte del tempo. Esempi di questa modesta disabilità sono le persone la cui unica restrizione è rappresentata dal non essere più in grado di guidare a causa del disturbo visivo.
- 3 L'assistenza è richiesta in molte attività del vivere quotidiano. Per esempio, le persone che a causa dei disturbi visivi hanno difficoltà a leggere e richiedono che le notizie siano loro lette da altri, o hanno difficoltà nel riconoscere i volti delle persone, o sono impossibilitate a partecipare ad alcuni sport o attività ricreative.
- 4 Problemi visivi interferiscono con tutte o con la maggior parte delle attività quotidiane. Tipicamente, a questo livello le persone sono ufficialmente classificate come 'non vedenti' e necessitano di assistenza nella maggior parte delle attività che richiedono la vista, incluso leggere e riconoscere i volti delle persone. I soggetti che sono in grado di compensare la cecità possono essere valutati ad uno dei livelli precedenti (1, 2, 3), a seconda del grado con cui la cecità interferisce con le attività quotidiane.



- 4. Udito:** Problemi uditivi. Suoni, fischi, ronzii, rumori alle orecchie che interferiscono con il sentire o altre attività.
- 0 La persona risulta normale all'esame audiometrico o a test clinici sull'udito e dimostra di non avere impedimenti nella vita quotidiana a causa dell'udito.
  - 1 Problemi di udito evidenziati all'esame clinico, ma non interferiscono nella vita quotidiana. Esempi sono i casi di persone la cui funzione è normale con l'aiuto di apparecchi acustici, o che hanno modesta sordità ad un livello tale da non interferire con la vita quotidiana.
  - 2 Problemi di udito interferiscono in alcuni momenti ma non nella maggior parte del tempo. Esempi di questo livello di disabilità sono le persone che, a causa dei problemi uditivi, necessitano di occasionali ripetizioni nella comunicazione, o evitano alcune attività o situazioni.
  - 3 Problemi di udito interferiscono per la maggior parte del tempo. Un esempio di questo livello sono le persone che, a causa di problemi uditivi, partecipano alle conversazioni solo con grande difficoltà e possono richiedere frequenti ripetizioni nelle comunicazioni della vita quotidiana.
  - 4 La perdita di udito interferisce in tutte o nella maggior parte delle attività. Tipicamente, a questo livello le persone sono formalmente classificate come non-udenti e necessitano di un interprete del linguaggio dei segni o di comunicare con gli altri per iscritto. Le persone formalmente classificate come non-udenti che hanno acquisito la capacità di usare apparecchi acustici compensativi della sordità possono essere valutate ai precedenti livelli (1, 2, 3) a seconda del grado con cui la sordità interferisce con le attività quotidiane.

**5. Capogiri:** Sensazione di instabilità, vertigini, stordimento. Se i capogiri sono associati a problemi di equilibrio che interferiscono con la mobilità, valutare anche i problemi di equilibrio tra i disturbi della mobilità, al livello opportuno del punto n° 1 (Mobilità).

0 Nessun segno o sintomo lamentato

1 Sintomi lievi che non interferiscono con le attività quotidiane o sono efficacemente eliminati con le terapie mediche.

2 Capogiri interferiscono con alcune attività ma non con la maggior parte di esse, precludono alcune attività professionali come lavorare a certe altezze.

3 Capogiri interferiscono con molte attività, precludono la maggior parte delle occupazioni di base, e aumentano significativamente i rischi concernenti la sicurezza, in particolare in attività come la guida.

4 Capogiri totalmente disabilitanti e precludono o interferiscono con quasi tutte le attività quotidiane. Nei casi estremi, non sono possibili i movimenti dalla posizione supina senza comparsa di giramenti di testa.

- 6. Articolazione della parola:** Anomalie nella chiarezza (articolazione, fonazione), o nel flusso delle parole; disartria e aprassia del linguaggio. Afasia e disordini della pragmatica della comunicazione dovrebbero essere valutati nel presente quesito n° 6.
- 0 Comunicazione normale, senza segni di disabilità del linguaggio all'esame clinico.
- 1 All'esame clinico si evidenziano problemi, ma raramente interferiscono nella vita quotidiana. Per esempio, persone che presentano una sporadica balbuzie o uno 'strascinamento' delle parole ad un livello non sostanzialmente interferente con la maggior parte delle situazioni di comunicazione interpersonale. Un altro esempio potrebbe essere quello di una persona che mediante l'uso di un vocalizzatore è in grado di comunicare con un flusso normale.
- 2 Disfunzioni dell'articolazione della parola interferiscono in alcune ma non nella maggior parte delle situazioni comunicative. Per esempio, la balbuzie o lo strascinamento implicano che le altre persone coinvolte nella comunicazione chiedano ripetizioni più che occasionalmente, ma non oltre il 25% delle volte.
- 3 I problemi di linguaggio rendono necessarie, per una comunicazione efficace, frequenti richieste di ripetizioni da parte dell'ascoltatore o l'uso di mezzi alternativi come la scrittura o le tavole comunicative, nella maggior parte delle volte. A questo livello, le persone possono anche essere totalmente mute ma, ciò nonostante, sono in grado di portare avanti la comunicazione con l'ausilio di sistemi di comunicazione elettronica o con l'uso di tavole/lavagne. Una persona muta ma molto abile nell'uso di questi sistemi di comunicazione alternativa potrebbe essere qualificata al livello 2, ma non potrà mai essere qualificata al livello 1, poichè l'uso di questi ausili rallenta significativamente la comunicazione interpersonale.
- 4 Mutismo o grave disartria. A questo livello, le persone non sono in grado di usare sistemi alternativi e la comunicazione interpersonale è difficoltosa e inefficace per oltre il 75% delle volte.

**7A. Comunicazione verbale:** Problemi nell'esprimere i pensieri mediante il linguaggio o nel comprendere le espressioni del pensiero degli altri.

- 0 Normale capacità di comunicazione verbale
- 1 Lievi problemi di linguaggio (ad esempio, nel trovare le parole, o i nomi) che non interferiscono in modo significativo con il funzionamento della conversazione e la comunicazione.
- 2 Lievi problemi nell'uso del linguaggio interferiscono con una comunicazione funzionale alcune volte ma non nella maggior parte del tempo. Esempi possono essere persone che risultano afasiche all'esame clinico formale, ma la cui comunicazione è funzionale ai fini della conversazione; l'afasia è evidente solo quando la comunicazione diventa più complessa; persone il cui deficit di linguaggio è circoscritto alla scrittura o al trovare i nomi di cose e persone.
- 3 Afasia da lieve a moderata che interferisce con la comunicazione interpersonale nella maggior parte delle volte. Le persone a questo livello di disabilità, di solito, non sono in grado di sostenere efficacemente gli scambi conversazionali senza un significativo aiuto da parte delle altre persone coinvolte nella conversazione.
- 4 Afasia da moderata a grave che interferisce con tutte o quasi tutte le comunicazioni interpersonali. Le persone a questo livello di disabilità, di solito, sono in grado di comunicare solo le necessità più elementari e non sono in grado di sostenere efficacemente scambi conversazionali nemmeno con supporto/aiuto.

**7B. Comunicazione non verbale:** Problemi ad esprimere pensieri attraverso gesti, espressioni del volto, o altri comportamenti non verbali o a comprendere tali espressioni degli altri; deficit nella comunicazione pragmatica (ad esempio, tangenzialità o altre disorganizzazioni della comunicazione verbale e non verbale, deviazioni dalla conversazione, fluenza eccessiva o ridotta o altre carenze della modulazione dell'espressione verbale o non verbale, carenze nell'ascolto senza afasia ricettiva, ad esempio dovute a distraibilità o impulsività).

- 0 Normale abilità di comunicazione non verbale e pragmatica.
- 1 Lievi difficoltà nell'uso del linguaggio (ad esempio, problemi nel trovare le parole o i nomi) che non interferiscono significativamente con la conversazione e la funzione comunicativa, come ad esempio, espressività facciale assente o ridotta.
- 2 Lievi difficoltà nella comunicazione non verbale o pragmatica che interferiscono con la funzione comunicativa alcune volte ma non nella maggior parte del tempo. Esempi includono: limitata gestualità, distraibilità, lieve tangenzialità e verbosità che non creano ostacoli nella maggior parte delle situazioni comunicative, ma che sono evidenziabili in situazioni comunicative più complesse.
- 3 Deficit nella comunicazione non verbale o pragmatica nella maggior parte delle comunicazioni interpersonali. Le persone a questo livello di disabilità, di solito, non sono in grado di sostenere efficacemente scambi conversazionali senza l'aiuto delle persone coinvolte nella comunicazione.
- 4 Gravi difficoltà nella comunicazione pragmatica interferiscono in tutte o quasi tutte le comunicazioni interpersonali. A questo livello, le capacità di comunicazione pragmatica sono talmente ridotte o tanto spesso inappropriate da rendere necessario il supporto sistematico degli altri in qualsiasi comunicazione che vada oltre uno scambio interpersonale molto breve o semplice.

- 8. Attenzione/Concentrazione:** Problemi ad ignorare le distrazioni; difficoltà a spostare l'attenzione da un cosa all'altra; difficoltà a mantenere attiva l'attenzione. Se i problemi di memoria sono dovuti primariamente a deficit attentivi, valutare l'entità del deficit attentivo e classificarlo al livello 1 del punto 9 (Memoria). In assenza di test psicometrici, è difficile distinguere tra problemi di memoria derivanti dall'attenzione e problemi dovuti a deficit primari della memoria. Un segno che il problema principale riguarda l'attenzione si ha quando la persona riferisce che la maggior parte dei problemi di memoria consistono nell'essere incapace di recuperare specifiche informazioni nei tempi richiesti, ma si dimostra in grado di ricordare le informazioni in altri momenti. Per esempio, dimenticare il nome di una persona ma ricordarlo successivamente senza aiuti supplementari, o dimenticare un appuntamento ma ricordarlo in un tempo successivo.
- 0 Normale attenzione e concentrazione in contesti funzionali e nei test psicometrici (se disponibili).
- 1 Attenzione variabile e distraibilità si evidenziano in test psicometrici, valutazioni cliniche e interviste, o sono lamentate ma interferiscono solo marginalmente (meno del 5% delle volte) con le attività quotidiane inclusa la comunicazione. In alcuni casi l'assenza di interferenze con le attività quotidiane può essere ascritto all'uso di tecniche compensative, di supporti esterni, o a ridotte richieste ambientali, oppure l'attenzione rientra nei limiti normali grazie a terapie mediche.
- 2 Attenzione discontinua e distraibilità interferiscono con le attività in alcune situazioni ma non nella maggior parte delle volte. A questo livello, solitamente il disturbo si evidenzia solo nelle situazioni che implicano un elevato impegno attentivo come la comunicazione in un contesto di gruppo o in attività che richiedono un elevato grado di attenzione sostenuta. A questo livello, i problemi di attenzione comportano alcune restrizioni di attività che riguardano soprattutto quelle formativo-scolastiche, professionali, o di guida. In ogni caso, qualora l'ambiente circostante riduca la domanda di attenzione, le difficoltà rappresentano niente più che un fastidio e non creano seri problemi.
- 3 Il disturbo attentivo interferisce nella maggior parte delle situazioni. Al fine di migliorare la funzionalità, devono essere considerate appropriate raccomandazioni di modificare l'ambiente, di fornire modalità di compensazione o medicamenti. A questo livello di disabilità, di solito le persone non sono in grado di mantenere un'occupazione lavorativa. Il disturbo attentivo è talmente grave da creare situazioni critiche o pericolose e può precludere alcune attività come guidare o lavorare con attrezzi elettrici che richiedono una continua attenzione per la sicurezza.
- 4 Il disturbo attentivo potenzialmente interferisce con tutte le attività. Le persone a questo livello si dimostrano distraibili nella maggior parte del tempo e si rendono necessarie frequenti sollecitazioni a concentrarsi nelle situazioni interattive e in quasi tutte le attività. Le persone a questo livello non sono in grado di guidare in sicurezza, di operare con attrezzi elettrici e di solito necessitano almeno di parziale supervisione in quasi tutte le attività.

## 9. **Memoria:** Problemi a imparare e ricordare nuove informazioni

- 0 Normale apprendimento e rievocazione delle informazioni in situazioni funzionali e nei test psicometrici (se disponibili)
- 1 Lievi disfunzioni della memoria si evidenziano in indagini formali come i test psicometrici ma non interferiscono (o interferiscono solo occasionalmente) con il funzionamento quotidiano. Si classificano a questo livello anche (a) le persone che lamentano vuoti di memoria – attribuibili ad altri fattori come concentrazione, questioni emotive – ma la cui memoria non presenta deficit alle indagini. In alcuni casi, l'assenza di interferenza con le attività quotidiane può essere dovuta all'applicazione di tecniche compensative, di supporti esterni, o alla riduzione delle richieste ambientali; (b) le persone che dimostrano moderate disfunzioni della memoria ai test formali, ma hanno acquisito sufficienti competenze nell'uso di tecniche compensative (come ad esempio agende, block-notes) tanto che le disfunzioni mnesiche interferiscono solo minimamente sulle attività quotidiane.
- 2 Problemi di memoria interferiscono un poco nello svolgimento di attività, ma non nella maggior parte delle volte, con o senza l'uso di ausili compensativi. I vuoti di memoria sono dovuti a dimenticanze e non ad inefficiente concentrazione. In altri termini, le nuove informazioni sono realmente inaccessibili alla rievocazione per il trascorrere del tempo e non perché sussistono problemi a recuperare l'informazione a causa di discontinuità della concentrazione o di altri fattori. I problemi di memoria a questo livello implicano alcune restrizioni di attività, particolarmente quelle educativo-formative e professionali. In ogni caso, qualora l'ambiente circostante riduca la domanda di attenzione, le difficoltà rappresentano niente più che un fastidio e non creano seri problemi.
- 3 Problemi di memoria (dimenticanze) interferiscono con la maggior parte delle attività. Anche qualora i problemi di memoria non siano particolarmente gravi, di solito le persone a questo livello non sono in grado di compensare spontaneamente tali problemi. Da raccomandare l'attuazione di appropriati metodi di compensazione della memoria. A questo livello, i problemi di memoria limitano gravemente le opportunità formative e, di regola, precludono una normale occupazione lavorativa. I problemi di memoria possono creare situazioni critiche o pericolose per l'individuo, come ad esempio dimenticare di prendere le medicine o lasciare acceso il gas, e comportano un certo grado di supervisione.
- 4 L'apprendimento e la ritenzione di nuove informazioni è molto limitato e questo grave deficit della memoria potenzialmente interferisce con tutte le attività. Per molte persone a questo livello di disabilità, non sono possibili tecniche compensative auto-dirette a causa dei problemi di memoria, e sono necessari segnali ambientali e altri supporti ambientali per migliorare le abilità funzionali.

**10. Archivio di informazioni/conoscenze:** Problemi a ricordare le informazioni/nozioni imparate a scuola o sul lavoro; difficoltà a ricordare informazioni riguardanti sé stessi o la propria famiglia, relative agli anni passati

- 0 Normale recupero delle informazioni acquisite nel passato. Se indagini psicometriche sono disponibili, i punteggi nei test di rievocazione di informazioni o di conoscenze del vocabolario risultano nella media o a livello superiore (cioè, 25° percentile o superiore). La rievocazione autobiografica è intatta.
- 1 Pochi ma significativi deficit nella rievocazione di informazioni di cultura generale. Pochi, se presenti, deficit nella rievocazione di fatti/eventi significativi della storia personale. Le valutazioni psicometriche inerenti al cosiddetto “archivio di informazioni/conoscenze” si collocano nella fascia di punteggio medio-basso (cioè, tra il 10° e il 25° percentile).
- 2 Non frequenti ma apprezzabili carenze nell’archivio delle informazioni, delle conoscenze di cultura generale, o della storia personale passata. Le valutazioni psicometriche inerenti il cosiddetto “archivio di informazioni/conoscenze” si collocano tra il 5° e il 10° percentile.
- 3 Carenze relativamente frequenti si evidenziano nella conoscenze di cultura generale o nella rievocazione della storia personale. Le valutazioni psicometriche inerenti il cosiddetto “archivio di informazioni/conoscenze” si collocano tra il 1° e il 5° percentile.
- 4 Marcate deficienze nelle conoscenze generali e nelle capacità di descrivere la storia personale. Le valutazioni psicometriche inerenti il cosiddetto “archivio di informazioni/conoscenze” risultano inferiori al 1° percentile.



**11. Soluzione di nuovi problemi:** Problemi a generare soluzioni o ad individuare la miglior soluzione per nuovi problemi. Il termine “soluzione di problemi” si riferisce primariamente a problemi concettuali, piuttosto che a problemi interpersonali. Disabilità nella soluzione di problemi concettuali e nel ragionamento possono interferire nella soluzione di problemi interpersonali e della vita in generale e, inoltre, anche questioni emotive possono interferire con la soluzione dei problemi nelle interazioni e nelle situazioni di vita reale. Per esempio, persone senza disabilità o con capacità di ragionamento superiore possono presentare scarse capacità di giudizio per il fatto di essere molto arrabbiate con qualcuno o per qualcosa. Per quanto possibile, il presente quesito valuta solamente l’aspetto della soluzione di problemi legata al ragionamento concettuale e al pensiero. I fattori emozionali e comportamentali devono essere valutati sulla base dei criteri indicati in altre parti del questionario. In questa categoria è inclusa anche l’abilità di organizzare concettualmente informazioni ed attività, di programmare, sviluppare e mantenere un piano personale sistematico.

0 Normale capacità di soluzione dei problemi e di ragionamento astratto in attività funzionali della vita quotidiana e nei test psicometrici (se disponibili)

1 Lievi difficoltà nel ragionamento o nella soluzione di problemi possono essere evidenziate nei test formali o in altre situazioni di valutazione, ma non sembrano interferire con la vita quotidiana. In alcuni casi, il grado di interferenza con la vita quotidiana può essere contenuto mediante lo sviluppo di tecniche compensative, supporti esterni, o la riduzione delle richieste ambientali.

2 Difficoltà nella soluzione dei problemi e nel ragionamento astratto interferiscono con alcune ma non con la maggior parte delle attività. Le persone a questo livello necessitano di frequente aiuto dagli altri per risolvere i problemi, per esempio, per realizzare scambi significativi negli affari finanziari o progetti futuri. Problemi in quest’area possono anche limitare le opportunità professionali. In ogni caso, le difficoltà nella soluzione dei problemi e nel ragionamento raramente, se non mai, si traducono in seri problemi per la sicurezza.

3 Difficoltà nella soluzione dei problemi e nel ragionamento interferiscono con molte attività e con una certa ricorrenza può risultare problematica per la sicurezza personale. La disabilità limita significativamente le possibilità professionali, e può precludere qualsiasi impiego in lavori non strettamente di routine. Le difficoltà implicano costante supervisione e suggerimenti di altri per ottenere significative modificazioni nelle abitudini di vita o nel prendere decisioni finanziarie.

4 Le difficoltà interferiscono in quasi tutte le attività quotidiane che richiedono lo sviluppo di nuove prospettive o di nuovi progetti per risolvere un problema esistenziale. A questo livello, le persone hanno o potrebbero avere bisogno di supervisione formale nella gestione degli affari finanziari e, di solito, si rende necessario qualche grado di supervisione per una vita indipendente a causa delle ridotte capacità di giudizio e di ragionamento.

- 12. Abilità visivo-spaziali:** Problemi a disegnare, ad assemblare/montare oggetti, pur essendo visivamente consapevole sia del lato destro che di quello sinistro. Il neglect visivo (eminattenzione spaziale) dovrebbe essere valutato in questa voce. Disfunzioni primarie del sistema visivo (ad esempio, emianopsia) dovrebbero essere valutate al punto n° 3 (Vista).
- 0 Normali abilità visivo-spaziali nelle attività funzionali e quotidiane e nei test psicometrici (qualora disponibili).
  - 1 Lievi problemi nelle abilità visivo-spaziali o lieve neglect sono evidenziati in esami clinici formali. In ogni caso, le persone a questo livello sono in grado di compensare questi lievi deficit, tanto che questi problemi non interferiscono con le attività quotidiane e non presentano rischi per la sicurezza.
  - 2 Le disabilità visivo-spaziali o il neglect interferiscono con alcune ma non con la maggioranza delle attività quotidiane e possono occasionalmente limitare l'attività professionale o altre attività. Anche a questo livello di 'lieve' problema, la guida o l'uso di attrezzi elettrici possono essere sconsigliati per motivi di sicurezza. In ogni caso, a parte tali attività che richiedono un alto grado di attenzione visiva o di abilità visivo-motorie per la sicurezza, raramente sussistono seri problemi.
  - 3 Le disabilità visivo-spaziali o il neglect interferiscono con molte attività e limitano fortemente le opportunità professionali senza adattamenti compensativi o ambientali. I problemi sono associati a significative questioni di sicurezza anche nelle abituali attività quotidiane. Ciò significa che la persona presenta elevato rischio di perdersi, incertezza sulle scale, non recepisce importanti informazioni poste ai lati del campo visivo. La disabilità a questo livello preclude la guida o altre attività (come operare con attrezzi elettrici) che richiedono un'attenzione visiva integra e abilità visivo-motorie per la sicurezza.
  - 4 Le disabilità visivo-spaziali o il neglect interferiscono con la maggioranza delle attività quotidiane. Di regola, si rendono necessari significativi adattamenti dell'ambiente e/o supervisioni per la sicurezza.

## SEZIONE B – ADATTAMENTO

**13. Ansia:** Tensione, nervosismo, paure, fobie, sintomi tipici del disturbo post-traumatico da stress come incubi, flashback di eventi traumatizzanti.

- 0 Nessuna lamentela o evidenza di tensione abnorme o di ansia.
- 1 Infrequenti o lievi sintomi di tensione o ansia che però non interferiscono con le attività e non richiedono ulteriori valutazioni o trattamenti. I sintomi non creano significativi turbamenti nelle attività interpersonali o in altre attività e possono apparire come ‘normali’ reazioni a significativi eventi della vita. Gli individui per i quali sono in corso trattamenti specifici (farmacologici o psicoterapeutici) possono essere classificati in questo livello.
- 2 Lieve ansia che interferisce con alcune ma non con la maggioranza delle attività. A questo livello, di solito le persone ricevono appropriate e specifiche diagnosi psichiatriche, come “Disturbo dell’Adattamento con Ansia”, “Disturbo Post-Traumatico da Stress”, “Disturbo d’Ansia NAS”, o presentano una specifica fobia. A questo livello, l’ansia perlopiù interferisce solamente con le attività sociali e interpersonali.
- 3 L’ansia è sufficientemente grave da interferire con molte attività, comprese le attività professionali. Come per il livello 2, queste persone di solito ricevono appropriate e specifiche diagnosi psichiatriche.
- 4 L’ansia è disabilitante. Esempi di questo grave livello possono essere le persone che non sono in grado di lavorare a causa dell’ansia o non sono in grado di uscire di casa a causa di una grave agorafobia.

**14 Depressione:** Tristezza, malinconia, pessimismo, disperazione, inappetenza, insonnia/turbe del sonno, inquietudine, eccessiva autocritica.

- 0 Umore normale e normali variazioni dell'umore.
- 1 Lievi o infrequenti sintomi di depressione che non interferiscono con le attività e di solito non richiedono ulteriori valutazioni o trattamenti specifici. I sintomi non creano significativi turbamenti nelle attività interpersonali o in altre attività e possono apparire reazioni appropriate a significativi eventi stressanti della vita. Le persone che sono seguite con trattamenti specifici per la depressione (farmacologici o psicoterapeutici) dovrebbero essere valutate a questo livello.
- 2 Lieve depressione che interferisce con alcune ma non con la maggior parte delle attività. A questo livello, di solito gli individui ricevono appropriate e specifiche diagnosi psichiatriche, come "Disturbo dell'Adattamento con Depressione dell'Umore", "Depressione Maggiore", "Disturbo dell'Umore secondario Disturbo Organico". A questo livello, la depressione può manifestarsi principalmente nella riduzione di attività sociali o interpersonali.
- 3 La depressione è sufficientemente grave da interferire con molte attività, incluse quelle professionali. Come per il livello 2, le persone a questo livello di solito ricevono appropriate e specifiche diagnosi psichiatriche.
- 4 La depressione è disabilitante e per le persone a questo livello può rendersi necessario il ricovero in strutture sanitarie. Esempi di questo grave livello possono essere le persone che non sono in grado di lavorare, o quelle che presentano un totale isolamento sociale a causa della depressione, o quelle per le quali sussistono possibilità di compiere atti suicidari/autolesivi.

**15. Irritabilità, collera, aggressività:** Espressioni verbali o manifestazioni fisiche di collera.

- 0 Normale controllo degli impulsi aggressivi.
- 1 Saltuarie manifestazioni di rabbia o aggressività, di solito a livello di “irritabilità”. Tali manifestazioni non creano significativi turbamenti nelle attività interpersonali o in altre attività e possono apparire come normali reazioni a significativi stress o frustrazioni della vita.
- 2 Viene riferita o si rileva una lieve perdita di controllo degli impulsi aggressivi. Tali comportamenti creano turbamenti nelle relazioni interpersonali, ma di solito non compromettono o non interferiscono significativamente con le attività professionali: A questo livello, le carenze di controllo dell’aggressività di solito si manifestano in situazioni sociali o familiari. Possono essere applicate diagnosi psichiatriche, come ad esempio “Disturbo dell’Adattamento con Disturbo della Condotta”, oppure, “Disturbo Organico della Personalità”, anche se, a questo livello, il disturbo può essere conseguente ad un disturbo depressivo primario, o a problemi coniugali o familiari.
- 3 Il carente controllo degli impulsi aggressivi interferisce frequentemente nella attività sociali e, per chi è occupato in attività lavorative, di solito crea problemi nell’ambito di lavoro. A questo livello, di solito l’aggressività è anche rilevabile ad un esame clinico. Sono da considerare appropriate diagnosi psichiatriche.
- 4 La grave carenza di controllo degli impulsi aggressivi può presentare significativi rischi per gli altri, almeno in modo intermittente; per le persone a questo livello, possono rendersi necessari il ricovero in strutture sanitarie, trattamenti residenziali, o una consistente supervisione.

**16. Dolore e mal di testa:** sintomi di dolore e comportamenti da dolore. Se il dolore interessa diverse zone del corpo, per esempio la testa e la schiena, valutare l'impatto complessivo.

0 Non è riferito alcun dolore significativo.

1 Il dolore è presente ma non interferisce o interferisce solo minimamente con le attività e non è associato a significativi sintomi di dolore e comportamenti da dolore. Ad esempio, persone che, su domanda specifica, lamentano un aumento del mal di testa dopo il trauma ma che, spontaneamente, non riferiscono alcun sintomo e non presentano comportamenti che possano orientare l'attenzione verso il loro malessere.

2 Sintomi di dolore e comportamenti da dolore con una frequenza che interferisce con alcune ma non con la maggior parte delle attività. A questo livello, il dolore può essere associato a specifiche attività o situazioni, come ad esempio, intense stimolazioni ambientali, o attività che implicano sforzo fisico, o improvvise e intense stimolazioni (rumore, luci accecanti) che devono essere evitate.

3 Sintomi di dolore e comportamenti da dolore che interferiscono con la maggior parte del tempo e possono interrompere qualsiasi attività, al punto che le persone a questo livello di dolore possono rinunciare alle attività. Il dolore a questo livello rappresenta un ostacolo significativo per le attività lavorative.

4 Sintomi di dolore e comportamenti da dolore sono totalmente o quasi totalmente disabilitanti. Le persone a questo livello trascorrono significativi periodi di tempo a letto o in isolamento a causa del dolore. Di solito non sono in grado di lavorare a causa del dolore.

**17. Fatica:** Spossatezza, stanchezza; affaticabilità, cioè, sentirsi privi di energia fisica o mentale dopo un'attività fisica o mentale di intensità relativamente modesta. La fatica può essere un sintomo di depressione e non dovrebbe essere valutata in questa sede se non appare come un problema che sussiste indipendentemente dalla depressione.

0 Nessuna significativa fatica riferita o osservata.

1 La fatica è presente ma non interferisce o interferisce solo minimamente con le attività. Ad esempio, le persone a questo livello possono riferire di affaticarsi più facilmente, ma di compensare la fatica con pause più frequenti o mediante altri metodi. Come risultato del loro adattamento, la fatica non rappresenta un significativo ostacolo al loro livello di attività complessivo.

2 La fatica interferisce con alcune ma non con la maggioranza delle attività. A questo livello, la fatica può essere un problema soltanto durante le attività che richiedono maggiore sforzo fisico e mentale.

3 La fatica interferisce per la maggior parte del tempo e può interrompere qualsiasi attività che richiede qualcosa in più di un piccolo sforzo fisico e mentale. La fatica a questo livello è un significativo ostacolo per un'attività lavorativa a tempo pieno.

4 La fatica è totalmente o quasi totalmente disabilitante. Le persone a questo livello, solitamente restano inattive nella maggior parte della giornata, a causa della fatica.

**18. Sensibilità a lievi sintomi:** Focalizzazione dell'attenzione sui problemi cognitivi, fisici o emotivi post-traumatici. Valutare solamente quanto il malessere o le preoccupazioni circa i sintomi affliggono il funzionamento attuale, al di là degli effetti dei sintomi medesimi. In alcuni casi, le preoccupazioni circa i sintomi post-traumatici e post-concussivi possono diventare un problema nel problema. Questa voce descrive quei disturbi che possono variare da lieve ansia per i sintomi ad estrema preoccupazione e ossessione. Ai livelli più gravi, la focalizzazione del pensiero sui sintomi interferisce con la partecipazione alla riabilitazione psicologica o ad altri trattamenti raccomandati. Alcune persone si focalizzano talmente sulla ricerca delle prove di avere una patologia neurologica, tanto da non essere in grado di affrontare efficacemente trattamenti o altre attività che possano aiutarle a migliorare la vita ed a sentirsi meglio. In alcuni casi, anche la negazione o minimizzazione dei problemi psicologici o interpersonali può avere un impatto negativo sull'adattamento, sulla partecipazione e sul beneficio dei trattamenti.

0 Appropriate reazioni emotive e preoccupazioni circa i sintomi.

1 Lo stress, la focalizzazione del pensiero sui sintomi, o la negazione di problemi psicologici sono lievemente eccessivi, ma non interferiscono con le attività o la partecipazione ai trattamenti. A questo livello, la preoccupazione per i sintomi non interferisce con il coinvolgimento nella riabilitazione, e nei trattamenti psicologici o di altro tipo.

2 Lo stress, la focalizzazione del pensiero sui sintomi, o la negazione di problemi psicologici interferiscono con alcune ma non con la maggior parte delle attività, o con la partecipazione ai trattamenti raccomandati. A questo livello, di solito le persone possono essere coinvolte nella riabilitazione e in altri trattamenti volti a migliorare l'adattamento, ma le preoccupazioni per i sintomi interferiscono con la partecipazione.

3 Lo stress, la focalizzazione del pensiero sui sintomi, o la negazione di problemi psicologici interferiscono con diverse attività e rappresentano un chiaro ostacolo alla riabilitazione e ai trattamenti psicologici o di altro tipo. Di solito, le persone a questo livello sono convinte che la riabilitazione o qualsiasi altro intervento teso ad incrementare l'adattamento ai problemi, non siano in grado di riconoscere la criticità dei problemi.

4 Lo stress, la focalizzazione del pensiero sui sintomi, o la negazione di problemi psicologici sono in sé stessi fonti di disabilità. A questo livello, di solito le persone rifiutano la riabilitazione e i trattamenti psicologici o di qualsiasi altro tipo, finalizzati a migliorare l'adattamento, e non sono coinvolti in attività che possano ragionevolmente migliorare la situazione. Possono rivolgersi a numerosi medici per trovare prove incontrovertibili di un disturbo neurologico o di una cura.



**19. Interazioni sociali inappropriate:** atteggiamenti infantili, frivoli o maleducati/impertinenti; il comportamento non si addice al momento e al luogo. In questo quesito è inclusa una serie di comportamenti disinibiti che la maggior parte delle persone ritengono inappropriati alle situazioni sociali. L'inappropriata mancanza di risposta non deve essere valutata in questa sede, ma deve essere classificata nel punto n° 22 (Iniziativa).

0 Comportamenti normali nelle situazioni sociali.

1 Infrequenti comportamenti lievemente disinibiti o socialmente inappropriati. A questo livello, i comportamenti inadeguati si manifestano con più frequenza rispetto alla maggior parte delle persone, ma non sono tanto anomali da pregiudicare seriamente le relazioni interpersonali, il lavoro o da rovinare gli incontri sociali.

2 I comportamenti disinibiti o socialmente inappropriati si evidenziano in alcune ma non nella maggior parte delle situazioni sociali. A questo livello, le risposte inappropriate di solito si verificano in contesti sociali informali e con minore frequenza in ambito lavorativo o in altri contesti sociali strutturati. I comportamenti inappropriati possono occasionalmente creare problemi sul lavoro, ma non si verificano tanto frequentemente da compromettere seriamente l'occupazione.

3 I comportamenti disinibiti o socialmente inappropriati si verificano in molte situazioni sociali, sia informali che in contesti sociali strutturati, compreso l'ambiente di lavoro. Rappresentano un serio ostacolo al mantenimento dell'attività lavorativa e possono precludere l'impiego in attività all'interno della comunità sociale.

4 I comportamenti disinibiti o socialmente inappropriati si manifestano in modo sistematico. Le persone a questo livello possono avere bisogno di supervisioni o di essere collocate in ambiente protetto a causa del loro comportamento. La disinibizione a questo livello può chiaramente precludere l'impiego in attività all'interno della comunità sociale.

**20. Alterazione della coscienza di sé:** Lacune nel riconoscimento dei propri limiti e disabilità e di quanto essi interferiscano sulle attività quotidiane, lavorative o scolastiche.

- 0 Normale riconoscimento dei propri deficit e di quanto essi interferiscano sulle attività. “Normale” non indica una perfetta auto-consapevolezza, dal momento che poche persone, se non addirittura nessuna, sono dotate di tale capacità introspettiva. “Normale” significa che i limiti di auto-consapevolezza sono esplicitati verbalmente o sono manifestati in attività e interazioni né più né meno della maggior parte delle persone.
- 1 I limiti di autoconsapevolezza sono rappresentati primariamente dalla tendenza a minimizzare le debolezze personali. Le persone a questo livello, generalmente sono consapevoli dei loro deficit, li compensano con relativa efficacia e, generalmente, evitano le situazioni in cui i loro deficit potrebbero causare i problemi maggiori.
- 2 Le persone a questo livello, di solito sono in grado di riferire i propri deficit e possono anche compensarli in modo efficace mediante l’uso di promemoria o di altre tecniche. In ogni caso, essi non sono in grado di prevedere gli effetti dei deficit cognitivi e comportamentali in tutte le varie situazioni. Di conseguenza, alcune volte i limiti di auto-consapevolezza interferiscono con le loro attività interpersonali e con attività di altro tipo.
- 3 L’alterata autoconsapevolezza interferisce con molte attività e interazioni interpersonali. A questo livello, le persone possono essere in grado di riconoscere i loro deficit fino ad un certo livello e, di solito, sono in grado di riferire di avere problemi di “memoria” o altri problemi cognitivi. In ogni caso, di solito non sono in grado di prevedere quanto tali deficit potranno interferire con le loro attività, oppure non compensano i loro deficit mediante l’uso di promemoria o di altre tecniche.
- 4 La consapevolezza dei propri limiti è talmente ridotta da creare costanti problemi nella maggior parte delle interazioni. Queste persone generalmente negano di avere problemi di qualsiasi tipo a causa del trauma cranico, nonostante evidenti disabilità. Nei casi più estremi, possono anche negare di avere subito un danno cerebrale, nonostante evidenti disabilità sia fisiche che cognitive.

- 21. Rapporti con familiari ed altre persone significative:** Interazioni con persone intime. Descrive l'entità dello stress della famiglia o delle persone più vicine al soggetto cerebroleso. Per "funzionamento familiare" si intende cooperazione all'adempimento dei compiti che devono essere eseguiti per "mandare avanti la casa" e per soddisfare il reciproco supporto. La "famiglia" si riferisce alle persone conviventi o in stretta prossimità che possono rappresentare una "famiglia" di tipo tradizionale o non-tradizionale.
- 0 Stress normale. La maggior parte delle famiglie sperimenta stress con una certa frequenza, in particolare, qualora vi siano dei ragazzi che devono affrontare questioni attinenti a dipendenza/indipendenza, oppure qualora alcuni membri della famiglia subiscono degli stress per eventi esterni alla famiglia. A questo livello, lo stress familiare è compatibile con le capacità di gestire le situazioni, proprie di quella particolare famiglia.
  - 1 A questo livello, lo stress è abbastanza significativo da mettere alla prova la capacità dei membri della famiglia di gestire la situazione, ma lo stress non risulta particolarmente sostenuto e non disturba significativamente la routine familiare o il mantenimento della casa.
  - 2 Il funzionamento della famiglia è disturbato alcune volte ma non nella maggior parte del tempo. Più frequenti per i membri della famiglia possono essere le discussioni o la chiusura in sé stessi. La preparazione dei pasti e le routine familiari non sono completamente adempiute, apportando un potenziale stress addizionale. In ogni caso, i membri della famiglia sentono che la situazione può migliorare e sono ancora in grado di prestarsi aiuto reciproco. Il counseling familiare può essere indicato, ma non specificatamente richiesto.
  - 3 La routine familiare, il funzionamento della casa e il supporto reciproco nell'ambito familiare sono insoddisfacenti per i membri della famiglia nella maggior parte delle volte. Le discussioni e le chiusure in sé stessi si verificano frequentemente. La coesione familiare è ampiamente assente, oppure risulta patologica a livelli di invischiamento (ad esempio, è inappropriata, non costruttiva, o intrusiva negli affari altrui e potenzialmente distruttiva). Di regola, è raccomandata una terapia familiare.
  - 4 A questo livello, la famiglia è caratterizzata da una quasi totale mancanza di coesione o da un evidente e patologico invischiamento. La terapia familiare è espressamente raccomandata.

## SEZIONE C – PARTECIPAZIONE

**22. Iniziativa:** Problemi ad iniziare spontaneamente le attività senza sollecitazioni esterne. Il quesito intende cogliere la carenza di motivazione, o *abulia*, che caratterizza alcune condizioni patologiche dei lobi frontali. In alcuni casi, la riduzione di attività e di iniziativa può essere dovuta a cause psicologiche, ad esempio, depressione. La riduzione di iniziativa valutata in questa sede è quella che si ritiene dovuta a cause neurologiche e non a cause psicologiche.

0 Normale iniziativa nelle attività.

1 A questo livello, può essere necessario un incremento di sollecitazioni e incoraggiamenti per coinvolgere il soggetto nelle conversazione o in altre attività, ma il livello globale di attività e partecipazione non è significativamente ridotto. Possono essere utilizzati meccanismi di compenso (cioè, avvertimenti, segnali di allarme o di allerta) o terapie mediche, con un risultato finale che corrisponde ad un livello pressoché normale di iniziativa e attività.

2 Talora necessitano sollecitazioni da parte di altri per favorire l'avvio delle azioni, ma non nella maggior parte delle volte. Il grado di attività è complessivamente ridotto. A questo livello, la carenza di iniziativa non interferisce con la sicurezza. Può ridurre le opportunità professionali, ma non preclude l'impiego in attività all'interno della comunità sociale.

3 Sollecitazioni da parte di altri per favorire l'avvio delle azioni si rendono necessarie nella maggior parte delle volte. La carenza di iniziativa può occasionalmente presentare problemi di sicurezza conseguenti al mancato avvio di azioni essenziali, come prendere le medicine o preparare i pasti. La carenza di iniziativa rappresenta un significativo ostacolo all'impiego in attività all'interno della comunità sociale.

4 A questo livello, le persone raramente iniziano le azioni senza sollecitazioni, compresi gli scambi interpersonali. La riduzione dell'iniziativa rappresenta indubbi problemi di sicurezza ed è raccomandata una supervisione. Di solito, un'iniziativa gravemente ridotta preclude l'impiego in attività all'interno della comunità sociale.

**23. Contatti sociali con amici, colleghi di lavoro, conoscenti e altre persone significative non appartenenti al nucleo familiare, o agli operatori sanitari e socio-assistenziali:**

L'attenzione del quesito è posta sulla frequenza dei contatti e la consistenza delle relazioni con persone che non hanno rapporti di parentela o non hanno un rapporto professionale con la persona cerebrolesa. Il campo delle normali attività sociali è relativamente ampio a qualsiasi età. Alcune persone hanno un temperamento più introverso e coltivano pochi amici intimi con i quali intraprendono delle attività in modo regolare ma non frequente. Altre persone sono più estroverse e hanno un ampio numero di amici e conoscenti con cui socializzano quasi quotidianamente. Di solito, la quantità di attività sociali si modifica con l'età e le responsabilità familiari. Ai fini della valutazione del presente quesito, il livello premorboso di attività sociale può essere un indicatore del grado di attività sociale cui aspira il soggetto. Come per molti altri aspetti, è spesso difficile ottenere una chiara idea della condizione premorbosa, in quanto può essere idealizzata dal soggetto in questione e dai suoi congiunti. Il grado di soddisfazione del soggetto cerebroleso circa la sua vita sociale attuale rappresenta un ulteriore potenziale indicatore del grado in cui egli considera "normale" la sua attività sociale.

- 0 Normale per l'età, secondo frequenza e consistenza, al confronto con altre persone di pari età, soddisfazione personale, disponibilità di tempo e responsabilità lavorative e familiari.
- 1 Sono riferiti sporadici disagi, limitata iniziativa, o ostacoli alla socializzazione. In ogni caso, i problemi sono relativamente rari ed interferiscono con la socializzazione meno del 5% delle volte. In genere, le persone a questo livello riferiscono una generale soddisfazione per la loro vita sociale.
- 2 Disagio, limitata iniziativa, o altri ostacoli talvolta interferiscono con la socializzazione, ma non nella maggioranza delle volte (< 25%). Le persone a questo livello sono più isolate o dipendenti dalla famiglia e dagli operatori professionali di quanto sarebbe appropriato per l'età. Possono esprimere una lieve insoddisfazione della loro vita sociale.
- 3 Disagio, limitata iniziativa, o altri ostacoli interferiscono con la socializzazione nella maggioranza delle volte. L'attività sociale, all'infuori di quella con la famiglia e gli operatori professionali, rappresenta più l'eccezione che la regola. Le persone a questo livello sono relativamente isolate e possono esprimere significativa insoddisfazione per il loro carente coinvolgimento sociale.
- 4 A parte la socializzazione fornita dalla famiglia e dagli operatori professionali, le attività sociali sono molto rare o inesistenti. Le persone a questo livello sono socialmente isolate e possono esprimere marcata insoddisfazione per la loro attività sociale.

**24. Passatempi, attività ricreative e del tempo libero:** La valutazione del quesito è sostanzialmente simile a quella del punto n° 23, in quanto si considerano frequenza, consistenza e soddisfazione per valutare se passatempi e attività del tempo libero siano “normali” per l’età. Dovrebbe anche essere considerato il grado di partecipazione in altre attività e responsabilità. Ad esempio, per le persone che lavorano a tempo pieno e hanno significative responsabilità familiari, potrebbe essere “normale” un minore coinvolgimento in momenti ricreativi rispetto alle persone con minori responsabilità lavorative e familiari. I passatempi e le attività ricreative qui valutati sono quelli che richiedono un certo grado di attività fisica e mentale. Ad esempio, guardare vecchi film alla televisione non è classificata come attività ricreativa e del tempo libero, a meno che la persona faccia parte di un club o di un gruppo che discute regolarmente di vecchi film. Similmente, la lettura non viene considerata in questa sede, a meno che la lettura non implichi attività meno passive, come scrivere, discutere, arricchire il vocabolario, scopi di ricerca. Alcune attività ricreative possono essere relativamente ‘isolate’ (come ad esempio, la pittura, il modellismo), ma vengono qui considerate in quanto richiedono un coinvolgimento attivo con l’ambiente e producono qualcosa di concretamente tangibile.

- 0 Normale per l’età, in base a frequenza e consistenza, al confronto con altre persone di pari età, soddisfazione personale, disponibilità di tempo e responsabilità lavorative e familiari..
- 1 Sporadici disagi, limitata iniziativa, o ostacoli interferiscono con i passatempi e attività ricreative. In ogni caso, i problemi sono relativamente rari e interferiscono con le attività per meno del 5% delle volte. In genere, le persone a questo livello riferiscono una generale soddisfazione per le loro attività del tempo libero.
- 2 Disagio, limitata iniziativa, o altri ostacoli talvolta interferiscono le attività ricreative, ma non per la maggior parte delle volte (< 25%). Le persone a questo livello sono meno attive di quanto sarebbe adeguato per l’età. Possono esprimere un lieve grado di insoddisfazione per il loro livello di interessamento ad attività ricreative.
- 3 Disagio, limitata iniziativa, o altri ostacoli talvolta interferiscono le attività ricreative, ma non per la maggior parte delle volte. L’attivo coinvolgimento in attività ricreative rappresenta più l’eccezione che la regola. Le persone a questo livello sono relativamente sedentarie e possono esprimere significativa insoddisfazione per il loro livello di interessamento ad attività ricreative.
- 4 A questo livello, le attività ricreative sono molto rare o inesistenti. Le persone qui classificate sono totalmente sedentarie e possono esprimere marcata insoddisfazione per il loro livello di interessamento ad attività ricreative

**25. Cura della propria persona:** Mangiare, vestirsi, fare il bagno, curare l'igiene. Il quesito valuta con quanta indipendenza sono compiute le attività di base per la cura di sé, incluso mangiare, fare il bagno, vestirsi, e altri aspetti dell'igiene personale. Le prestazioni devono essere accettabili secondo gli standard sociali. Per esempio, il soggetto in questione può normalmente vestirsi e tenersi pulito senza l'assistenza di altre persone, ma se il suo aspetto è disordinato e la sua igiene è incompleta, non viene assegnato il punteggio 0. In questo caso, il soggetto deve essere valutato tenendo conto della quantità di assistenza necessaria per rendere accettabile il suo operato.

- 0 Le attività di base per la cura di sé sono eseguite in modo indipendente con risultati socialmente accettabili. Non sono necessarie forme di assistenza, sollecitazioni, o ausili per lo svolgimento di queste attività.
- 1 La cura di sé è eseguita in modo sostanzialmente indipendente, ma con l'uso di ausili, o di un sistema esterno di sollecitazioni e avvertimenti, o con un'efficienza ridotta. A questo livello, le persone possono svolgere queste attività con maggiore sforzo o più lentamente di altre persone della loro età. Qualora siano necessarie qualche forma di assistenza o sollecitazioni di altre persone, queste sono occasionali (< 5% delle volte).
- 2 A questo livello, per la cura personale talvolta è richiesta l'assistenza di altre persone, ma non nella maggior parte delle volte (<25%). L'assistenza include le sollecitazioni e gli avvertimenti forniti da altre persone.
- 3 Assistenza fisica, sollecitazioni o avvertimenti forniti da altre persone sono necessari nella maggior parte delle volte per eseguire in modo accettabile le attività essenziali di cura della propria persona.
- 4 Assistenza fisica, sollecitazioni o avvertimenti sono necessari nella maggior parte delle volte per eseguire in modo accettabile le attività essenziali di cura della propria persona.

- 26. Abitazione:** Responsabilità del vivere indipendente e del mantenimento della casa (come cucinare, lavori domestici, piccoli lavori di mantenimento, cura della propria salute al di là delle attività essenziali di igiene personale, uso dei farmaci e gestione di medicinali), ma non è inclusa la gestione del denaro (si veda il punto n° 29). Il quesito focalizza l'attenzione sul grado di supervisione necessaria alla persona per il mantenimento della casa. Il presente quesito rispecchia la dimensione delineata dalla Supervision Rating Scale (SRS)<sup>4</sup>. Il protocollo e maggiori dettagli della SRS sono disponibili sul sito web del COMBI ([www.tbims.org/combi](http://www.tbims.org/combi)).
- 0 Vive in modo indipendente, da solo o insieme ad altri. Le persone a questo livello, se vivono insieme ad altri, non ricevono supervisione o aiuti particolari da questi altri. Si dimostrano in grado di vivere da soli. Eseguono le attività essenziali e strumentali al vivere quotidiano senza assistenza e ad un livello accettabile, indicato dall'assenza di preoccupazioni proprie o di altri circa la capacità di vivere in modo indipendente. Il punteggio equivale a quello di 1 o 2 della SRS.
  - 1 Nonostante le responsabilità del vivere indipendente e l'esecuzione autonoma delle attività quotidiane (tranne la gestione del denaro) si dimostrino a un livello generalmente accettabile, sono riferiti un certo grado di preoccupazione per la sicurezza o rari casi di difficoltà nell'esecuzione delle attività. Il punteggio equivale a quello di 3 della SRS.
  - 2 È necessaria assistenza o supervisione in una piccola porzione del tempo, vale a dire, per poche ore al giorno. Il punteggio equivale a quello di 4 o 5 della SRS.
  - 3 È necessaria assistenza o supervisione nella maggior parte del tempo, vale a dire, per oltre otto ore al giorno, tanto da dover assumere una persona addetta all'assistenza, oppure, qualche congiunto non può permettersi un lavoro a tempo pieno fuori casa. Il punteggio equivale a quello di 6 o 7 della SRS.
  - 4 È necessaria assistenza o supervisione praticamente a tempo pieno. Le persone che riportano un punteggio di 8 o superiore nella SRS devono essere classificate a questo livello.



- 27. Uso dei mezzi di trasporto:** Indipendenza negli spostamenti su ampie distanze geografiche. Nella valutazione di questa voce si considerano sia la capacità di compiere queste attività senza assistenza sia le limitazioni ambientali. Per esempio, alcune persone potrebbero essere in grado di usare in modo indipendente i mezzi pubblici, ma questi non sono disponibili perché vivono in una zona rurale. In questi casi, i soggetti devono essere valutati in base alla necessità di assistenza nella maggior parte delle volte o tutte le volte, poiché non possono guidare e il viaggiare in automobile è l'unica possibilità.
- 0 Le persone a questo livello sono in grado di usare qualsiasi mezzo di trasporto in sicurezza e in modo indipendente inclusi i veicoli a motore personali. Possiedono una patente di guida valida per l'uso di un veicolo a motore.
  - 1 Le persone a questo livello usano qualsiasi mezzo di trasporto in modo indipendente, ma gli altri nutrono delle preoccupazioni circa la loro sicurezza in queste attività, di solito in merito alla loro abilità di guida. In questa categoria sono comprese anche le persone che sono completamente indipendenti e sicure con qualsiasi mezzo di trasporto tranne che nell'uso di un proprio motoveicolo perché hanno deciso di non guidare o perché la guida è stata loro vietata.
  - 2 A questo livello, le persone necessitano di un minimo livello di assistenza nell'uso dei mezzi di trasporto, vale a dire meno del 25% delle volte. Di solito, non guidano o non possono guidare. Possono richiedere avere bisogno di aiuto o assistenza per problemi fisici o cognitivi, come ad esempio, aiuto nell'organizzare i percorsi programmati, sollecitazioni o suggerimenti per rispettare i programmi.
  - 3 Forme di assistenza fisica o cognitiva nell'uso dei mezzi di trasporto sono necessarie nella maggior parte delle volte. Le persone a questo livello sono in grado di percorrere alcuni tragitti di routine che possono compiere in modo indipendente, ma necessitano di assistenza nella gestione dei trasporti per tutte le altre destinazioni. Non sono in grado di guidare.
  - 4 È necessaria assistenza fisica o cognitiva per qualsiasi o per la maggior parte dei trasporti. Non sono in grado di guidare.

**28A. Attività lavorativa retribuita.** Questa categoria riguarda soltanto il lavoro retribuito. Tutte le altre categorie di attività produttive sono valutate al punto 28B (Altri Occupazioni). Un soggetto deve essere valutato una sola volta, al punto 28A o 28B, e non in entrambi. La persona deve essere valutata per il ruolo sociale che risulta prevalente in base alla quantità di tempo dedicato in quel ruolo e al valore che la persona vi attribuisce. Per esempio, una madre lavoratrice occupata a tempo pieno in attività retribuite viene valutata al punto 28A (Attività lavorativa retribuita). Diversamente, una madre lavoratrice che sceglie un lavoro retribuito solo part-time poichè ritiene che il suo ruolo primario sia in casa, viene classificata come “casalinga” al punto 28B. Uno studente che svolge un’attività retribuita principalmente per contribuire a pagarsi gli studi, viene classificato come “studente” al punto 28B. Una persona che si trova in riabilitazione per tornare ad avere un valido ruolo sociale viene classificata in base al ruolo primario a cui ambisce. In altri termini, un disoccupato in cerca di un’occupazione retribuita viene classificato al punto 28A; se la stessa persona aspira a tornare a scuola o a fare la casalinga, viene classificata al punto 28B. Ad eccezione del caso di persona che va in pensione prima dei 60 anni (vedi le specificazioni al punto 28B), la persona che viene valutata è l’unica autorizzata a definire il ruolo sociale primario desiderato.

Per entrambi i punti 28A e 28B, il “supporto” per l’occupazione può essere permanente o temporaneo ed include la particolare assistenza di altre persone, ad esempio, di un facilitatore/osservatore ombra, di un tutore, di una governante o di qualsiasi altro tipo di sostegno, compreso il supporto “naturale” di familiari, amici e colleghi. Il “supporto” comprende anche gli adattamenti intervenuti in termini di tempo, quale ad esempio, la riduzione del carico di lavoro (cioè, la riduzione della produttività per unità di tempo), il tempo aggiuntivo per alcune attività (ad esempio, tempo aggiuntivo per i test degli studenti), pause più frequenti o più lunghe, o altre modifiche ai piani di attività. “Supporto” non comprende gli adattamenti materiali per facilitare l’occupazione in attività, quali scivoli, ausili per la vista, o qualsiasi modifica anche occasionale dell’ambiente fisico.

- 0 Questo livello è riservato a coloro che svolgono un lavoro retribuito a tempo pieno (oltre 30 ore settimanali) all’interno della comunità, senza supporto. Vi possono essere alcune variazioni locali in ciò che si considera lavoro “a tempo pieno”. Per esempio, in alcune situazioni, le persone possono essere considerate occupate a “tempo pieno”, pur non essendo loro consentito di lavorare più di 28 ore settimanali perché, qualora l’attività eccedesse tale durata, il datore di lavoro sarebbe tenuto fornire ulteriori contributi o compensi. La valutazione di questa voce dovrebbe riflettere la definizione locale di lavoro “a tempo pieno” che, normalmente, è di circa 30 o più ore settimanali.
- 1 Questo livello include soltanto il lavoro “part-time” all’interno della comunità, senza alcun supporto. Un’occupazione viene considerata part-time se richiede dalle 3 alle 30 ore settimanali. Le persone che lavorano molto saltuariamente, cioè, mediamente meno di tre ore settimanali, sono considerate come “disoccupate”.
- 2 Questo livello include le occupazioni retribuite a tempo pieno o part-time, con necessità di “supporto” come più sopra definito. I supporti possono essere temporanei o permanenti.
- 3 Questo livello include solo le occupazioni in un ambiente di lavoro protetto.
- 4 Se non sono riscontrati i criteri per qualcuna delle precedenti categorie, il soggetto è considerato “disoccupato” e classificato a questo livello.

**28B. Altre Occupazioni.** In questa categoria sono comprese le attività scolastiche formali, le attività di volontariato, i lavori domestici e le persone in pensione per limiti di età, cioè, gli ultra 60enni. Le persone che si definiscono “pensionate” ma hanno meno di 60 anni, sono classificate in base al loro ruolo sociale primario precedente al “pensionamento”. “Supporto” viene inteso secondo la definizione descritta nel precedente punto 28A.

0 Questo livello comprende:

- Lavoro domestico svolto in modo indipendente che per il “lavoratore domestico” rappresenta il ruolo sociale primario e comporta almeno 30 ore settimanali di responsabilità. Di regola, le attività domestiche a tempo pieno comprendono la responsabilità di accudire ai figli o di prendersi cura di qualche altra persona, come ad esempio, di un genitore disabile.
- Scuola a tempo pieno, cioè, sostenere il regolare impegno scolastico per l’età, senza necessità di programmi speciali, di adattamenti di orari o di altri supporti.
- Attività di volontariato svolta in modo indipendente per oltre 30 ore settimanali, senza particolare assistenza o supporto. A questo livello, la scelta di un’attività di volontariato è quasi sempre possibile in quanto il soggetto dispone di riserve finanziarie tali da potersi permettere di non avere un lavoro retribuito. Diversamente, le persone che vorrebbero un lavoro retribuito, ma stanno svolgendo un’attività di volontariato perché non sono riuscite ad ottenere un’occupazione retribuita, devono essere classificate come “disoccupate” nel punto 28A.
- Pensionati di oltre 60 anni ma impegnati in regolari attività per oltre 30 ore settimanali. Tipicamente, tali impegni rappresentano una sorta di combinazione tra attività di volontariato, aiuti ai propri figli nella crescita dei loro figli e forme organizzate di arricchimento culturale o di attività del tempo libero con coetanei.

1 Questo livello comprende:

- Lavoro domestico svolto in modo indipendente per meno di 30 ore settimanali, ma per almeno 3.
- Studenti che frequentano almeno un corso e sono impegnati in attività accademiche per almeno 3 ore settimanali, ma non a tempo pieno. Le attività accademiche devono essere svolte senza necessità di programmi speciali o di altri tipi di supporto, come più sopra definito.
- Attività di volontariato svolta in modo indipendente per un tempo medio compreso tra 3 e 30 ore settimanali.
- Pensionati di oltre 60 anni impegnati in regolari attività per un tempo compreso tra 3 e 30 ore settimanali.

2 In questo livello sono inclusi coloro che sono impegnati per almeno 3 ore settimanali in una qualsiasi delle seguenti attività:

- Lavoro domestico con regolare supporto di un aiutante retribuito o di un membro della famiglia. In questi casi, il “supporto” deve essere maggiore dell’assistenza che normalmente sarebbe lecito attendersi da un coniuge, da un parente o da un partner convivente.
- Scuola a tempo pieno o parziale con necessità di speciali servizi di formazione, di tutori o di altri supporti.
- Attività di volontariato con speciale assistenza o supporto.
- Attività tipiche da pensionato che sono per la maggior parte svolte con supporto. Un esempio potrebbe essere rappresentato da pensionati coinvolti in attività ricreative presso un centro per anziani, dirette e guidate dagli operatori del centro.

3 Questo livello include lo svolgimento di attività attinenti a qualche ruolo per almeno 3 ore settimanali, in un contesto protetto che non sia un ambiente di lavoro protetto. Per esempio, persone coinvolte in attività di volontariato, domestiche o ricreative presso il centro residenziale protetto in cui vivono. I soggetti occupati in un ambiente di lavoro protetto devono essere valutati nel punto 28A.

4 Coloro per i quali il ruolo sociale desiderato non è rappresentato da un lavoro remunerata e non corrispondono a nessuna delle categorie descritte nel punto 28B, sono considerati “disoccupati” e valutati in questo livello.

**29. Gestione di denaro e finanze:** Fare acquisti usando un libretto di assegni o un altro conto bancario, gestire le proprie entrate e gli investimenti. Per questo quesito, “fare acquisti” si riferisce all’*uso di denaro* per acquisire delle cose. Altri aspetti del fare acquisti (come ad esempio, fare compere sufficienti al mantenimento della casa) sono presi in considerazione al punto 26 “Abitazione”. Nella valutazione di questo quesito, si considera se l’ammontare del denaro gestito è piccolo o grande. Persone che sono in grado di fare piccole compere con relativamente piccole somme di denaro per indumenti, generi di consumo o altri fabbisogni personali, ma che sarebbero a rischio nella gestione di somme più grandi, o incapaci di fare investimenti prudenti senza aiuto, o vulnerabili nella gestione di somme personali più grandi, devono essere classificate ai livelli 3 e 4. Alcune persone possono essere in grado di gestire le loro finanze, ma non lo fanno perché è responsabilità di un’altra persona, spesso, del coniuge. In questi casi, la valutazione dovrebbe essere basata sulla loro apparente capacità.

- 0 Grandi e piccole somme di denaro e le disponibilità finanziarie personali sono gestite in modo indipendente. Periodicamente possono essere necessari consigli di altre persone o di consulenti professionali circa le strategie di gestione del denaro. In ogni caso, il cercare tali consigli non appare essere essenziale per assicurare un uso ed una gestione appropriata e prudente delle finanze personali.
- 1 Grandi e piccole somme di denaro e le disponibilità finanziarie personali sono gestite in modo indipendente, tuttavia, altre persone possono nutrire delle preoccupazioni circa la gestione di somme maggiori e delle finanze personali.
- 2 A questo livello, le persone necessitano di una minima assistenza ordinaria nella gestione di grandi somme di denaro e delle loro finanze personali. Per esempio, sono in grado di gestire gli acquisti ed il libretto degli assegni, ma abitualmente necessitano dell’aiuto di un consigliere fidato o di un consulente retribuito nella gestione degli investimenti e sulle decisioni finanziarie a lungo termine. Tali consultazioni risultano di importanza essenziale per una gestione prudente delle loro finanze.
- 3 È necessaria un’assistenza per la maggior parte delle volte in cui si deve gestire sia piccole che grandi somme di denaro. A questo livello, di solito le persone non riescono ad utilizzare in modo autonomo il libretto degli assegni e necessitano di assistenza nel fare la maggior parte degli acquisti più importanti. Hanno bisogno di assistenza nel gestire un programma di risparmio e tutte le decisioni finanziarie a lungo termine. Sono tuttavia indipendenti e non necessitano di aiuto nel fare piccoli acquisti.
- 4 A questo livello le persone hanno bisogno di assistenza praticamente in tutte, tranne le più semplici, operazioni con l’uso del denaro. Per esempio, il loro uso del denaro in modo indipendente è limitato al fare alcuni acquisti con piccole somme di denaro. Anche in tali situazioni, sono abitualmente incapaci di contare il resto in modo affidabile e devono usare strategie alternative ( come ad esempio, portarsi l’esatto ammontare di denaro per l’acquisto). Tipicamente, a questo livello la responsabilità legale delle finanze è affidata ad un’altra persona, come un amministratore o un curatore.

## SEZIONE D – ALTRE CONDIZIONI PRE-ESISTENTI O CO-ESISTENTI

I quesiti inclusi in questa sezione non contribuiscono al punteggio totale o al calcolo dei punteggi delle altre scale del MPAI, poiché non rappresentano conseguenze dirette o tipiche delle cerebrolesioni acquisite. Le analisi di Rasch hanno dimostrato che tali quesiti non si “correlano” con quelli precedenti nel definire una misura di conseguenze dopo un danno cerebrale.

Tuttavia, questi sei quesiti addizionali definiscono importanti fattori da considerare nella programmazione della riabilitazione o di altri interventi in soggetti con esiti di cerebrolesioni acquisite. La presenza di uno qualsiasi di questi fattori può stare ad indicare che la persona che si sta valutando necessita di servizi di riabilitazione più estensivi (per esempio, una persona che presenta sia una lesione al midollo spinale che un danno cerebrale), di particolari bisogni di supervisione (ad esempio, una persona con il morbo di Alzheimer che ha subito anche una lesione cerebrale), o di trattamenti aggiuntivi (ad esempio, una persona con preesistenti problemi di abuso di sostanze o con coesistenti seri sintomi psichiatrici).

**Poiché spesso è difficile, se non impossibile, determinare le capacità funzionali prima della lesione, nella valutazione dei 29 quesiti sulle conseguenze della lesione cerebrale inclusi nel MPAI sono state escluse le comparazioni con lo stato premorbo.** Tuttavia, i quesiti addizionali di questa sezione possono essere utili alla valutazione dello stato sia premorbo che post-lesionale, in quanto il discriminare se la condizione sia preesistente alla lesione o si sia verificata in tempi successivi, può rappresentare una considerazione importante per determinare la raccomandazione di trattamenti specifici.

**30. Alcool:** Consumo di bevande alcoliche sia prima che dopo l’evento cerebrolesivo. Sebbene la quantità assoluta del consumo di alcool può essere un fattore per determinare se l’uso sia un problema, il fattore primario è rappresentato dal grado in cui l’uso di sostanze alcoliche interferisce con le funzioni quotidiane, o con l’adempimento di attività connesse al ruolo sociale, oppure, sono controindicate da un punto di vista medico. Per esempio, una persona può bere una o due volte al giorno senza alcun effetto indesiderato dal punto di vista sociale o medico, mentre un’altra persona può patire effetti negativi o mettersi in condizioni di rischio medico anche solo con un consumo occasionale.

- 0 Il consumo di sostanze alcoliche non è associato ad alcun rischio medico e non provoca conseguenze negative
- 1 A questo livello, le persone raramente abusano di alcool, o eccessive “bevute” non sono uno schema abituale, non comportano rischi medici e non provocano sistematiche conseguenze negative per sé o per altri. Sono valutate a questo livello anche persone con una storia passata di abuso o di dipendenza da alcool che attualmente si mantengono sobri, in quanto sono in via di remissione o in trattamento. Per i consumatori a questo livello, appropriati interventi sono quelli di tipo educativo e di supporto, oppure quelli mirati a considerare la principale condizione (quale, ad esempio, ansia, depressione, crisi coniugale) che contribuisce all’abuso di sostanze.
- 2 Esiste un forte sospetto che l’uso eccessivo o le eccessive “bevute” si verifichino abbastanza di frequente ed interferiscano con le responsabilità legate al proprio ruolo sociale. Il comportamento di consumo di alcool solleva preoccupazioni sulla possibile dipendenza e suggerisce raccomandazioni di ulteriori valutazioni per possibili trattamenti.
- 3 Sussiste un evidente comportamento di dipendenza o di eccessive “bevute” che richiede trattamenti ambulatoriali o altri tipi di intervento organizzato.
- 4 Sussiste un evidente comportamento di dipendenza o di eccessive “bevute” che richiede il ricovero in strutture sanitarie o l’inserimento in strutture residenziali protette.

**31. Uso di Sostanze.** Uso di sostanze illegali o abuso di farmaci sia prima che dopo l'evento cerebrolesivo. Così come per il consumo di sostanze alcoliche, un importante fattore ai fini di questa valutazione è il grado in cui l'uso di sostanze interferisce con le attività quotidiane o con l'adempimento delle attività connesse al proprio ruolo sociale. In ogni caso, qualsiasi uso di sostanze illegali e di farmaci al di fuori delle prescrizioni mediche, deve essere considerato un problema.

- 0 Nessun uso di sostanze illegali; i farmaci sono utilizzati secondo le raccomandazioni mediche. Alcune persone usano farmaci secondo le prescrizioni mediche, ma hanno chiaramente manipolato il sistema per ottenerli (per esempio, riescono ad ottenere diverse ricette da differenti medici per farmaci a base di benzodiazepina). Tali persone sono da valutare al livello successivo anche se, tecnicamente, dovrebbero essere classificate come persone che usano le sostanze "secondo le prescrizioni mediche".
- 1 A questo livello, le persone usano sostanze illegali o abusano di sostanze farmaceutiche in modo non frequente, ma questo non è un abituale schema di condotta, non è associato a rischi medici e non comporta conseguenze negative per il soggetto o per le persone a lui vicine. Esempi possono essere i giovani che fanno uso non frequente di marijuana o le persone che occasionalmente prendono dosi extra di tranquillanti quando sono sotto stress. Sono valutate a questo livello le persone con una storia passata di abuso o dipendenza da sostanze stupefacenti che attualmente si mantengono sobri, in quanto sono in via di remissione o in trattamento. Per i consumatori a questo livello, appropriati interventi sono quelli di tipo educativo e di supporto, oppure quelli mirati a considerare la principale condizione (quale, ad esempio, ansia, depressione, crisi coniugale) che contribuisce all'abuso di sostanze
- 2 Esiste il forte sospetto che l'utilizzo di sostanze illegali o il possibile abuso di sostanze farmaceutiche si verifichi abbastanza di frequente ed interferisca con le responsabilità legate al ruolo sociale. Esistono preoccupazioni circa una possibile dipendenza. Sono raccomandate ulteriori valutazioni per un possibile trattamento.
- 3 Sussiste un evidente comportamento di dipendenza o di abuso che richiede trattamenti ambulatoriali o altri tipi di intervento organizzato.
- 4 Sussiste un evidente comportamento di dipendenza o di abuso che richiede il ricovero in strutture sanitarie o l'inserimento in strutture residenziali protette.

**32. Sintomi Psicotici:** Allucinazioni, ideazioni deliranti, altre percezioni gravemente distorte della realtà. Deve essere valutato il grado in cui tali sintomi erano presenti prima e dopo l'evento cerebrolesivo. In questa categoria sono compresi sintomi tipicamente psichiatrici e devono essere esclusi le distorsioni percettive o i limiti della concettualizzazione della realtà riconducibili primariamente a deterioramento cognitivo o a deficit dell'autoconsapevolezza conseguenti alla lesione cerebrale. Tali deficit dovrebbero essere valutati nell'apposita sezione del MPAI. Sintomi in questa categoria sono generalmente associati a diagnosi psichiatriche appartenenti allo spettro delle forme schizofreniche, al Disturbo Paranoide, o alle gravi condizioni di Personalità Borderline. In rari casi tali sintomi possono apparire come risultato diretto della lesione cerebrale e non possono essere totalmente spiegati in base ai problemi cognitivi valutati nelle precedenti sezioni del questionario.

0 Nessun sintomo

1 I sintomi possono essere stati presenti prima o comparsi dopo la lesione, ma sono sotto controllo con l'attuale trattamento o sono in fase di remissione. A questo livello, possono sussistere sintomi che, tuttavia, non interferiscono con le funzionalità quotidiane. Le persone a questo livello, possono anche avere un'idea delirante, ad esempio, che i Marziani si sono impadroniti dei corpi di tutti le più alte cariche governative, ma riconoscono che nessun altro lo crede e conservano tale convinzione per sé stessi poiché riconoscono che gli altri penserebbero di essere pazzi fossero d'accordo.

2 I sintomi si manifestano con modesta frequenza e solo molto occasionalmente interferiscono con le relazioni sociali o con le responsabilità legate al ruolo sociale. In ogni caso, i sintomi sono gestiti nel miglior modo possibile con il trattamento corrente e non si raccomanda alcuna valutazione ulteriore o trattamenti aggiuntivi.

3 I sintomi sono frequenti o sufficientemente gravi da interferire in modo significativo con le relazioni sociali e con le responsabilità legate al ruolo sociale. Si raccomandano ulteriori valutazioni per un trattamento appropriato.

4 I sintomi sono gravi, si manifestano in forma acuta e richiedono un trattamento sanitario istituzionalizzato. Tipicamente, a questo livello i sintomi creano un rischio sostanziale alla persona stessa o ad altri.

- 33. Infrazioni/violazioni della legge:** storia precedente e successiva all'evento cerebrolesivo di sanzioni per infrazioni alla legge.
- 0 Storia negativa per violazioni della legge o sanzioni, se non quelle per infrazioni minori al codice stradale (come ad esempio, occasionali infrazioni per eccesso di velocità o divieto di sosta).
  - 1 Sanzioni per non più di due reati diversi dalle violazioni minori del Codice della Strada.
  - 2 Sanzioni per più di due reati diversi dalle violazioni minori del Codice della Strada.
  - 3 Una pena severa per un unico atti criminale
  - 4 Pene severe plurime per atti criminali.



**34. Altre condizioni che comportano disabilità fisiche:** disabilità fisiche conseguenti ad altre condizioni presenti prima della lesione cerebrale, o derivanti da lesioni non cerebrali, o verificatesi successivamente alla lesione. Esempi possono essere: lesioni al midollo spinale, amputazioni e diverse altre malattie e condizioni che danno luogo a disabilità fisiche. La disabilità fisica non deve essere una diretta o indiretta conseguenza della lesione cerebrale. Per esempio, la disabilità associata ad un “ictus” (cioè, l’interruzione di flusso sanguigno cerebrale) deve essere valutata secondo le indicazioni delle 29 voci del MPAI e non deve essere ulteriormente in questa sezione. Diversamente, se l’ictus si è verificato precedentemente o in tempi successivi all’evento cerebrolesivo, le disabilità connesse all’ictus devono essere considerate in questa sezione. L’impatto generale di queste lesioni o malattie aggiuntive sul funzionamento fisico, sia precedente che successivo all’evento cerebrolesivo, è valutato secondo i criteri di punteggio applicati nelle precedenti sezioni del MPAI:

- 0 Nessun problema fisico o difficoltà dovuti a condizioni derivanti da lesioni non cerebrali.
- 1 È presente una disabilità fisica che non interferisce con le attività ed il funzionamento quotidiano. A questo livello, le persone sono in grado di beneficiare di soluzioni mediche o dispositivi di aiuto per risolvere il problema.
- 2 La disabilità fisica interferisce con le attività e il funzionamento quotidiano in alcune ma non nella maggioranza delle volte. A questo livello, la persona necessita di assistenza per lo svolgimento di alcune attività fisiche in meno del 25% delle volte.
- 3 La disabilità fisica interferisce con le attività nella maggior parte delle volte. Persone a questo livello, necessitano di assistenza nello svolgimento di attività fisiche in una percentuale compresa tra il 25 ed il 75% delle volte.
- 4 La disabilità fisica interferisce con tutte o quasi tutte le attività. La persona a questo livello necessita di assistenza nello svolgimento delle attività fisiche per oltre il 75% delle volte.

**35. Altre cause di disfunzioni cognitive:** Disfunzioni cognitive o altre condizioni presenti prima della lesione cerebrale, secondarie a lesioni non cerebrali o che si sono verificate in tempi successivi all'evento cerebrolesivo. Esempi possono essere: malattia di Alzheimer o sindromi demenziali di altra natura, eventi anossici e diverse altre condizioni patologiche che causano disfunzioni cognitive. Le disfunzioni cognitive non dovrebbero essere né direttamente né indirettamente connesse alla lesione cerebrale. Per esempio, disfunzioni associate con una anossia verificatasi durante la lesione deve essere valutata se si ritiene che l'arresto cardiovascolare ha generato problemi cognitivi che sono chiaramente superiori a quelli che possono essere attribuiti alla lesione cerebrale per sé stessa. Se vi sono incertezze, è preferibile sbagliare attribuendo i problemi cognitivi alla lesione cerebrale senza considerare questa sezione. Questa voce è stata inclusa per identificare coloro che presentano una evidente ulteriore condizione neurologica che può comportare disfunzioni cognitive e, in molti casi, è la causa principale di tali disfunzioni. Ad esempio, un soggetto affetto da malattia di Alzheimer già precedentemente ricoverato presso una struttura residenziale protetta, nel caso in cui subisca un lieve trauma cranico in seguito ad una caduta accidentale, può rientrare presso la struttura residenziale con lo stesso livello di disfunzione cognitiva che presentava prima della caduta. L'impatto generale di queste lesioni aggiuntive o malattie sulle funzioni cognitive sia prima che dopo la lesione cerebrale sono valutate sulla scala standard utilizzata per la valutazione delle inabilità nell'MPAI.

- 0 Non esistono problemi cognitivi o difficoltà dovute a condizioni non correlate con l'evento cerebrolesivo.
- 1 Disfunzioni cognitive esistono ma non interferiscono sulla vita quotidiana. A questo livello la persona può beneficiare di medicinali o dispositivi di aiuto per risolvere il problema.
- 2 Disfunzioni cognitive interferiscono con le attività e le funzionalità quotidiane in parte ma non nella maggior parte del tempo. A questo livello, la persona necessita di assistenza per le attività cognitive e per la comunicazione per meno del 25% delle volte.
- 3 Disfunzioni cognitive interferiscono con le attività quotidiane nella maggior parte del tempo. A questo livello, la persona necessita dell'assistenza nell'esecuzione di compiti cognitivi o nella comunicazione in una percentuale compresa tra il 25 ed il 75% delle volte.
- 4 Disfunzioni cognitive interferiscono con tutte o quasi tutte le attività. A questo livello, la persona necessita di assistenza per svolgere attività cognitive o comunicazione in oltre il 75% delle volte.

## PUNTEGGI E INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

### PUNTEGGIO

**Sezione ABILITÀ.** Il quesito n° 4 (Udito) deve essere corretto: se il punteggio originale era 0, anche il punteggio corretto è 0; se il punteggio originale era 1, 2 o 3, il punteggio corretto è 1; se il punteggio originale era 4, il punteggio corretto diventa 3. Riportare il punteggio corretto nella colonna riservata alla somma dei punteggi. Sommare, quindi, i punteggi grezzi dei restanti quesiti che contribuiscono al calcolo della Sezione Abilità, cioè, i quesiti 1-3 e 5-12. Considerare solo il punteggio più alto registrato tra il quesito n° 7A e n° 7B. Sommare questi punteggi al punteggio corretto del n° 4 per ottenere il Punteggio Grezzo Totale della Sezione Abilità. Indicare tale Punteggio Grezzo nel rigo appropriato della Tabella riassuntiva del foglio di notazione.

**Sezione ADATTAMENTO.** Il quesito n° 16 (Dolore e mal di testa) deve essere corretto: se il punteggio originale era 0, anche il punteggio corretto è 0; se il punteggio originale era 1 o 2, il punteggio corretto è 1; se il punteggio originale era 3 o 4, il punteggio corretto diventa 2. Riportare il punteggio corretto nella colonna riservata alla somma dei punteggi. Sommare, quindi, i punteggi grezzi dei restanti quesiti che contribuiscono al calcolo della Sezione Adattamento, cioè, i quesiti 13-15 e 17-24. Sommare questi punteggi al punteggio corretto del n° 16 per ottenere il Punteggio Grezzo Totale della Sezione Adattamento. Indicare tale Punteggio Grezzo nel rigo appropriato della Tabella riassuntiva del foglio di notazione.

**Sezione PARTECIPAZIONE.** Devono essere corretti i quesiti n° 27 (Uso dei mezzi di trasporto) e n° 28A (Attività lavorativa retribuita o n° 28B (Altre occupazioni). La correzione è differente per ciascuno dei quesiti. Per il quesito n° 27, se il punteggio originale era 0 o 1, il punteggio corretto è 0; se il punteggio originale era 2 o 3, il punteggio corretto è 1; se il punteggio originale era 4, il punteggio corretto diventa 3. Riportare il punteggio corretto nella colonna riservata alla somma dei punteggi. Per il quesito n° 28, deve essere calcolato solo il 28A oppure il 28B, utilizzando il punteggio originale della parte compilata. Se il punteggio originale era 0, anche il punteggio corretto è 0; se il punteggio originale era 1 o 2, il punteggio corretto è 1; se il punteggio originale era 3 o 4, il punteggio corretto diventa 3. Riportare il punteggio corretto nella colonna riservata alla somma dei punteggi. Sommare quindi i punteggi grezzi dei quesiti 22-24. Si noti che tali quesiti contribuiscono al calcolo sia della Sezione Adattamento sia della Sezione Partecipazione. Indicare la somma dei quesiti 22-24 nel rigo appropriato della Tabella riassuntiva del foglio di notazione. Sommare, quindi, i punteggi grezzi dei restanti quesiti che contribuiscono al calcolo della Sezione Partecipazione (cioè, i quesiti 25, 26 e 29) e indicare tale somma dei Punteggi Grezzi della Sezione Partecipazione nel rigo appropriato della Tabella riassuntiva del foglio di notazione.

Infine, alla Tabella riassuntiva del foglio di notazione si ottiene il Totale parziale dei Punteggi Grezzi (Sezioni Abilità, Adattamento e Partecipazione) da cui si deve sottrarre la somma dei punteggi dei quesiti 22-24 (La somma dei punteggi dei quesiti 22-24 deve essere sottratta poiché è stata calcolata sia nella Sezione Adattamento sia nella Sezione Partecipazione).

<b>Tabella 2: Caratteristiche del campione nazionale USA (n = 386)</b>		
Genere:	Maschio	73%
	Femmina	27%
Età (anni):	Media =	38.0
	DS =	12.4
	Mediana =	38.0
	Range interquartile =	29.0 - 47.3
	Range =	14 - 77
Intervallo di tempo dal trauma (anni):	Media =	6.9
	DS =	7.5
	Mediana =	5.0
	Range interquartile =	1.1 - 10.0
	Range =	0 - 40
Etnia:	Afro-americana	07%
	Asiatica/Isole del Pacifico	02%
	Caucasica	80%
	Ispanica	06%
	Nativo-americana	02%
	Altro	03%
Scolarità:	<12 anni	23%
	12-15 anni	66%
	≥16 anni	11%
Tipo di evento cerebrolesivo:	Trauma cranico	88%
	Evento cerebrovascolare	6%
	Altro	6%
Gravità:	Lieve =	05%
	Moderata =	29%
	Grave =	39%
	Non determinata =	26%
Collocazione geografica:	Sud-Est	30%
	Centro-Ovest	28%
	Sud-Ovest	21%
	California	21%

<b>Tabella 3: Caratteristiche del campione Mayo-Rochester (n = 134)</b>	
Genere	61% maschio 39% femmina
Etnia	92% razza bianca 8% razza non-bianca (Afro-americana, Nativo-americana, Ispanica, mista)
Scolarità	18% meno della Scuola Media Superiore, SMS con percorso formativo speciale 51% diploma di SMS, SMS + qualche anno di college 31% diploma di college, diploma di specializzazione
Tipo di evento cerebrolesivo	65% trauma cranico 15% evento vascolare 8% asportazione di tumore 5% encefalite, infezione 7% altro (anossia, esposizione a sostanze tossiche, sclerosi multipla)
Gravità del trauma cranico (n = 87)	29% lieve 12% moderata 44% grave 15% non nota
Età	Media = 38.8 anni DS = 13.5 anni Mdn = 38 anni Range = 17-77 anni
Intervallo di tempo dall'esordio	Media = 5.3 anni DS = 8.4 anni Mdn = 1.8 anni Range = 1 mese - 43.4 anni

## CONVERSIONE DEL PUNTEGGIO GREZZO IN PUNTEGGIO T E INTERPRETAZIONE DEI RISULTATI

I Punteggi Grezzi Totali e i Punteggi Grezzi Parziali delle tre Sezioni del MPAI-4 possono essere convertiti in Punteggi T standardizzati (Media = 50; DS = 10) utilizzando le Tavole riportate nelle Appendici I-IV. La conversione del Punteggio Grezzo in Punteggio T è raccomandata poiché facilita il confronto tra i punteggi registrati nelle singole Sezioni e consente l'identificazione di specifiche aree di intervento (abilità, adattamento, partecipazione).

I Punteggi Grezzi Totali e quelli Parziali di ogni singola Sezione dei protocolli MPAI-4 compilati da operatori sanitari/staff possono essere convertiti in Punteggi T utilizzando le Tavole che si riferiscono al campione Nazionale USA di soggetti cerebrolesivi riportato alla Tabella 2 (Appendice I), oppure al campione di soggetti cerebrolesivi afferenti a Learning Services Corporation, Rehab Without Walls e Mayo-Rochester riportato alla Tabella 3 (Appendice II).

I dati di riferimento per la conversione in Punteggi T dei protocolli compilati da soggetti cerebrolesivi (Appendice III) o da familiari/altre persone significative (Appendice IV) sono disponibili solamente per i soggetti del campione Mayo-Rochester.

- Punteggi T compresi tra 40-60 dovrebbero essere considerati nella media o “tipici” per soggetti che hanno subito un evento cerebrolesivo e già dimessi dalle strutture sanitarie, ma ancora coinvolti in programmi di riabilitazione/reinserimento in comunità. Punteggi T compresi tra 40-50 possono essere classificati nella classe di gravità lieve-moderata. Punteggi T compresi tra 50-60 possono essere classificati nella classe di moderata-grave.
- Punteggi T >60 suggeriscono gravi limitazioni rispetto alla popolazione di soggetti cerebrolesivi.
- Punteggi T compresi tra 30-40 suggeriscono lievi limitazioni.
- Punteggi T <30 rappresentano un decorso relativamente buono/favorevole.

## BIBLIOGRAFIA

1. HALL KM, MANN N, HIGH WM, ET AL (1996) Functional measures after traumatic brain injury: ceiling effects of FIM, FIM+FAM, DRS, and CIQ. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 11(5):27-39.
2. HALL KM, BUSHNIK T, LAKISIC-KAZAZI B, ET AL (2001) Assessing traumatic brain injury outcome measure for long-term follow-up of community-based individuals. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82(3):367-374.
3. DIJKERS M (1997) Measuring the long-term outcomes of traumatic brain injury: a review of Community Integration Questionnaire studies. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 12:74-91.
4. BOAKE C (1996) Supervision Rating Scale: A measure of functional outcome from brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 77:765-772.
5. LEZAK MD (1987) Relationships between personality disorders, social disturbances and physical disability following traumatic brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 2(1):57-69.
6. MALEC JF, THOMPSON JM (1994) Relationship of the Mayo-Portland Adaptability Inventory to functional outcome and cognitive performance measures. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 9(4):1-15.
7. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1993) *International classification of impairments, disabilities and handicaps. A manual of classification relating to the consequences of disease*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
8. WORLD HEALTH ORGANIZATION (1997) *ICIDH-2. International Classification of Impairments, Activities and Participation. A Manual of Dimensions for Disablement and Functioning*. Geneva, Switzerland: World Health Organization.
9. WRIGHT BD, MASTERS GN (1982) *Rating Scale Analysis*. Chicago: Mesa Press.
10. LINACRE JM (1994) *Many-Facet Rasch Measurement*. Chicago: Mesa Press.
11. BOND TG, FOX CM (2001) *Applying the Rasch Model: fundamental measurement in the human sciences*. Mahwah, NJ: Lawrence Erlbaum.
12. MALEC JF, MOESSNER AM, KRAGNESS M, LEZAK MD (2000) Refining a measure of brain injury sequelae to predict postacute rehabilitation outcome: rating scale analysis of the Mayo-Portland Adaptability Inventory. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 15(1):670-682.
13. MALEC JF, BUFFINGTON ALH, MOESSNER AM, DEGIORGIO L (2000) A medical/vocational case coordination system for persons with brain injury: an evaluation of employment outcomes. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 81:1007-1015.
14. LENZ S, KEATING D, MALEC J (2000) *Mayo-Portland Adaptability Inventory: Center for Outcome Measurement in Brain Injury (COMBI) web site*.
15. MALEC JF, KRAGNESS M, EVANS RW, ET AL (2003) Further psychometric evaluation and revision of the Mayo-Portland Adaptability Inventory in a national sample. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 18(6):479-492.
16. MALEC JF (2004) Comparability of Mayo-Portland Adaptability Inventory ratings by staff, significant others and people with acquired brain injury. *Brain Injury*, 18(6):563-575.
17. BOHAC DL, MALEC JF, MOESSNER AM (1997) Factor analysis of the Mayo-Portland Adaptability Inventory: structure and validity. *Brain Injury*, 11(7):469-482.
18. MALEC JF (2001) Impact of comprehensive day treatment on societal participation for persons with acquired brain injury. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 82:885-894.
19. MALEC JF, DEGIORGIO L (2002) Characteristics of successful and unsuccessful completers of three postacute brain injury rehabilitation pathways. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 83(12):1759-1764.
20. MALEC JF, MACHULDA MM, MOESSNER AM (1997) Differing problem perceptions of staff, survivors, and significant others after brain injury. *Journal of Head Trauma Rehabilitation*, 12(3):1-13.
21. MALEC JF (2004) The Mayo-Portland Participation Index: a brief and psychometrically sound measure of brain injury outcome. *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation*, 85(12):1989-1996.

**APPENDICI**

**APPENDICE I: Campione nazionale USA – Referente: STAFF**

<b>Tabella I-A: Conversione del <u>PUNTEGGIO GREZZO TOTALE</u> in Punteggio T</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	<b>-38</b>	38	<b>43</b>	76	<b>62</b>
1	<b>-16</b>	39	<b>44</b>	77	<b>63</b>
2	<b>-4</b>	40	<b>44</b>	78	<b>63</b>
3	<b>2</b>	41	<b>45</b>	79	<b>64</b>
4	<b>7</b>	42	<b>45</b>	80	<b>65</b>
5	<b>11</b>	43	<b>46</b>	81	<b>65</b>
6	<b>13</b>	44	<b>46</b>	82	<b>66</b>
7	<b>16</b>	45	<b>47</b>	83	<b>67</b>
8	<b>18</b>	46	<b>47</b>	84	<b>67</b>
9	<b>20</b>	47	<b>47</b>	85	<b>68</b>
10	<b>21</b>	48	<b>48</b>	86	<b>69</b>
11	<b>23</b>	49	<b>48</b>	87	<b>69</b>
12	<b>24</b>	50	<b>49</b>	88	<b>70</b>
13	<b>25</b>	51	<b>49</b>	89	<b>71</b>
14	<b>26</b>	52	<b>50</b>	90	<b>72</b>
15	<b>27</b>	53	<b>50</b>	91	<b>73</b>
16	<b>28</b>	54	<b>51</b>	92	<b>74</b>
17	<b>29</b>	55	<b>51</b>	93	<b>75</b>
18	<b>30</b>	56	<b>52</b>	94	<b>76</b>
19	<b>31</b>	57	<b>52</b>	95	<b>77</b>
20	<b>32</b>	58	<b>53</b>	96	<b>78</b>
21	<b>33</b>	59	<b>53</b>	97	<b>79</b>
22	<b>33</b>	60	<b>54</b>	98	<b>80</b>
23	<b>34</b>	61	<b>54</b>	99	<b>81</b>
24	<b>35</b>	62	<b>55</b>	100	<b>82</b>
25	<b>35</b>	63	<b>55</b>	101	<b>84</b>
26	<b>36</b>	64	<b>56</b>	102	<b>85</b>
27	<b>37</b>	65	<b>56</b>	103	<b>87</b>
28	<b>37</b>	66	<b>57</b>	104	<b>88</b>
29	<b>38</b>	67	<b>57</b>	105	<b>90</b>
30	<b>39</b>	68	<b>58</b>	106	<b>92</b>
31	<b>39</b>	69	<b>58</b>	107	<b>94</b>
32	<b>40</b>	70	<b>59</b>	108	<b>97</b>
33	<b>40</b>	71	<b>59</b>	109	<b>99</b>
34	<b>41</b>	72	<b>60</b>	110	<b>102</b>
35	<b>41</b>	73	<b>60</b>	111	<b>106</b>
36	<b>42</b>	74	<b>61</b>		
37	<b>42</b>	75	<b>62</b>		

<b>Tabella I-B: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ABILITÀ in Punteggio T</b>					
<b>Campione Nazionale USA</b>			<b>(Media = 50; DS = 10)</b>		
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	-4	16	47	32	63
1	12	17	48	33	65
2	21	18	49	34	66
3	25	19	50	35	68
4	29	20	51	36	69
5	31	21	52	37	71
6	34	22	53	38	73
7	35	23	54	39	74
8	37	24	55	40	77
9	39	25	56	41	79
10	40	26	57	42	81
11	41	27	58	43	84
12	42	28	59	44	88
13	44	29	60	45	92
14	45	30	61	46	99
15	46	31	62	47	109

<b>Tabella I-C: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ADATTAMENTO in Punteggio T</b>					
<b>Campione Nazionale USA</b>			<b>(Media = 50; DS = 10)</b>		
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	-6	16	46	32	62
1	10	17	47	33	63
2	19	18	48	34	64
3	24	19	49	35	65
4	28	20	50	36	67
5	30	21	51	37	68
6	33	22	52	38	70
7	35	23	53	39	71
8	36	24	54	40	73
9	38	25	55	41	75
10	39	26	55	42	78
11	41	27	56	43	80
12	42	28	57	44	84
13	43	29	58	45	88
14	44	30	59	46	94
15	45	31	60		

<b>Tabella I-D: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione PARTECIPAZIONE in Punteggio T</b>					
<b>Campione Nazionale USA</b>			<b>(Media = 50; DS = 10)</b>		
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	7	11	40	22	52
1	19	12	41	23	53
2	25	13	42	24	55
3	28	14	43	25	57
4	31	15	44	26	59
5	33	16	45	27	62
6	34	17	46	28	65
7	36	18	47	29	69
8	37	19	48	30	74
9	38	20	49		
10	39	21	50		



**APPENDICE II: Campione Mayo-Rochester – Referente: STAFF**

<b>Tabella II-A: Conversione del <u>PUNTEGGIO GREZZO TOTALE</u> in <u>Punteggio T</u></b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	-42	38	46	76	70
1	-19	39	46	77	71
2	-7	40	47	78	72
3	0	41	48	79	73
4	5	42	48	80	74
5	9	43	49	81	74
6	12	44	49	82	75
7	14	45	50	83	76
8	16	46	51	84	77
9	18	47	51	85	78
10	20	48	52	86	79
11	21	49	53	87	80
12	23	50	54	88	81
13	24	51	54	89	82
14	25	52	55	90	83
15	27	53	55	91	84
16	28	54	56	92	85
17	29	55	56	93	86
18	30	56	57	94	87
19	31	57	58	95	89
20	32	58	58	96	90
21	33	59	59	97	91
22	34	60	60	98	93
23	34	61	60	99	94
24	35	62	61	100	96
25	36	63	61	101	97
26	37	64	62	102	99
27	38	65	63	103	101
28	38	66	63	104	103
29	39	67	64	105	105
30	40	68	65	106	107
31	41	69	65	107	110
32	41	70	66	108	113
33	42	71	67	109	116
34	43	72	68	110	119
35	44	73	68	111	123
36	44	74	69		
37	45	75	70		

<b>Tabella II-B: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ABILITÀ in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	1	16	51	32	72
1	15	17	52	33	73
2	22	18	54	34	75
3	27	19	55	35	77
4	30	20	56	36	79
5	33	21	57	37	80
6	35	22	58	38	81
7	37	23	60	39	85
8	39	24	61	40	87
9	41	25	62	41	90
10	42	26	63	42	93
11	44	27	65	43	96
12	46	28	66	44	100
13	47	29	67	45	105
14	48	30	69	46	111
15	50	31	70	47	121

<b>Tabella II-C: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ADATTAMENTO in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	-14	16	45	32	65
1	4	17	46	33	67
2	13	18	47	34	69
3	18	19	49	35	70
4	22	20	50	36	72
5	25	21	51	37	74
6	28	22	52	38	76
7	30	23	53	39	78
8	32	24	55	40	81
9	34	25	56	41	84
10	36	26	57	42	87
11	38	27	59	43	90
12	39	28	60	44	94
13	41	29	61	45	100
14	42	30	63	46	107
15	43	31	64		

<b>Tabella II-D: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione PARTECIPAZIONE in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0	15	11	44	22	57
1	24	12	45	23	59
2	29	13	46	24	60
3	32	14	47	25	62
4	34	15	48	26	64
5	36	16	49	27	67
6	38	17	51	28	69
7	39	18	52	29	73
8	40	19	53	30	78
9	41	20	54		
10	42	21	56		

**APPENDICE III: Campione Mayo-Rochester – Referente: PERSONA CEREBROLESA**

<b>Tabella III-A: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO TOTALE in Punteggio T</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		38		76	
1		39		77	
2		40		78	
3		41		79	
4		42		80	
5		43		81	
6		44		82	
7		45		83	
8		46		84	
9		47		85	
10		48		86	
11		49		87	
12		50		88	
13		51		89	
14		52		90	
15		53		91	
16		54		92	
17		55		93	
18		56		94	
19		57		95	
20		58		96	
21		59		97	
22		60		98	
23		61		99	
24		62		100	
25		63		101	
26		64		102	
27		65		103	
28		66		104	
29		67		105	
30		68		106	
31		69		107	
32		70		108	
33		71		109	
34		72		110	
35		73		111	
36		74			
37		75			

<b>Tabella III-B: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ABILITÀ in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		16		32	
1		17		33	
2		18		34	
3		19		35	
4		20		36	
5		21		37	
6		22		38	
7		23		39	
8		24		40	
9		25		41	
10		26		42	
11		27		43	
12		28		44	
13		29		45	
14		30		46	
15		31		47	

<b>Tabella III-C: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ADATTAMENTO in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		16		32	
1		17		33	
2		18		34	
3		19		35	
4		20		36	
5		21		37	
6		22		38	
7		23		39	
8		24		40	
9		25		41	
10		26		42	
11		27		43	
12		28		44	
13		29		45	
14		30		46	
15		31			

<b>Tabella III-D: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione PARTECIPAZIONE in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		11		22	
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20			
10		21			

**APPENDICE IV: Campione Mayo-Rochester – Referente: ALTRA PERSONA SIGNIFICATIVA**

<p align="center"><b>Tabella IV-A: Conversione del <u>PUNTEGGIO GREZZO TOTALE</u> in <u>Punteggio T</u></b>                      (Media = 50; DS = 10)</p>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		38		76	
1		39		77	
2		40		78	
3		41		79	
4		42		80	
5		43		81	
6		44		82	
7		45		83	
8		46		84	
9		47		85	
10		48		86	
11		49		87	
12		50		88	
13		51		89	
14		52		90	
15		53		91	
16		54		92	
17		55		93	
18		56		94	
19		57		95	
20		58		96	
21		59		97	
22		60		98	
23		61		99	
24		62		100	
25		63		101	
26		64		102	
27		65		103	
28		66		104	
29		67		105	
30		68		106	
31		69		107	
32		70		108	
33		71		109	
34		72		110	
35		73		111	
36		74			
37		75			

<b>Tabella IV-B: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ABILITÀ in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		16		32	
1		17		33	
2		18		34	
3		19		35	
4		20		36	
5		21		37	
6		22		38	
7		23		39	
8		24		40	
9		25		41	
10		26		42	
11		27		43	
12		28		44	
13		29		45	
14		30		46	
15		31		47	

<b>Tabella IV-C: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione ADATTAMENTO in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		16		32	
1		17		33	
2		18		34	
3		19		35	
4		20		36	
5		21		37	
6		22		38	
7		23		39	
8		24		40	
9		25		41	
10		26		42	
11		27		43	
12		28		44	
13		29		45	
14		30		46	
15		31			

<b>Tabella IV-D: Conversione del PUNTEGGIO GREZZO - Sezione PARTECIPAZIONE in Punteggio T</b>					
<b>Campione Mayo-Rochester</b>					
<b>(Media = 50; DS = 10)</b>					
<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>	<b>Punteggio Grezzo</b>	<b>Punteggio T</b>
0		11		22	
1		12		23	
2		13		24	
3		14		25	
4		15		26	
5		16		27	
6		17		28	
7		18		29	
8		19		30	
9		20			
10		21			