

**SPECIAL REPORT**

**TRAUMA CRANICO CAUSATO DA INFORTUNI SUL LAVORO: COME PUÒ ESSERE RAGGIUNTO IL RECUPERO OCCUPAZIONALE E VOCAZIONALE?**

Paola PERINI, PhD<sup>1,4,6</sup>, Margherita CARISTI, M.Sci<sup>2</sup>, Elisabetta MONDIN, PhD<sup>4,5</sup>, Maria Rosaria MATARRESE, MD, PhD<sup>2</sup>, Giovanni CORTESE, MD, PhD<sup>2</sup>, Alessandro GIUSTINI, MD, PhD<sup>1,3,4</sup>, Iliaria CANNELLA, M.Sci<sup>2</sup>, Alessia PINZELLO, M.Sci<sup>2</sup> e Paolo FOGAR, M.Sci<sup>4</sup>

<sup>1</sup>Istituto di Riabilitazione Madre della Divina Provvidenza Agazzi, Arezzo, Italy

<sup>2</sup>INAIL Istituto Nazionale Assicurazione Infortuni sul lavoro, Direzione Centrale, Roma, Italy

<sup>3</sup>Ospedale Di Riabilitazione San Pancrazio Arco di Trento, Arco, Italy

<sup>4</sup>FNATC, Federazione Nazionale Traumi Cranici, Pordenone, Italy

<sup>5</sup>Sogno e Vita Cooperativa Sociale, Vicenza, Italy

<sup>6</sup>Associazione Casa e Lavoro APS, Ferrara, Italy

**RIASSUNTO**

Le problematiche connesse con il reinserimento delle persone colpite da gravi lesioni cerebrali sono numerose e complesse. Numerosi dati indicano l'efficacia di trattamenti basati su un approccio olistico, che integra gli interventi medici con programmi sociali e offre continuità, portando al rapido raggiungimento di risultati di vita indipendenti e al ritorno al lavoro. In Italia, molte risorse sono a disposizione per la gestione clinica e riabilitativa di individui affetti da trauma cerebrale in fase acuta e post-acuta, ma ci sono solo pochi servizi organizzati a supporto della fase di reinserimento. Questo articolo descrive un modello creato attraverso una collaborazione di 2 anni tra l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) di Roma e la Federazione Nazionale delle Associazioni sul Trauma Cranico (FNATC). Lo sforzo congiunto di queste organizzazioni ha portato allo sviluppo di un Modello Italiano di Riabilitazione Vocazionale (Italian Model of Vocational Rehabilitation, IMoVR), esportabile in tutte le 20 regioni italiane. Grazie all'esperienza acquisita da alcuni gruppi all'avanguardia IMoVR è stato utilizzato per aprire la strada ad un approccio caratterizzato da fasi e azioni strutturate finalizzate alla progettazione di interventi di alta qualità, e al monitoraggio degli effetti a lungo termine. Questi gruppi comprendevano esperti in diversi ambiti, tra cui: medici legali, assistenti sociali, dirigenti amministrativi dell'INAIL, neuropsicologi, psicoterapeuti, educatori che lavorano nelle associazioni iscritte alla FNATC, tutti membri di una rete di servizi che avevano già attivati piccoli progetti vocazionali individuali. In totale, la collaborazione ha compreso 42 professionisti che lavorano in 7 città italiane: Ancona, Arezzo, Ferrara, Milano, Pordenone, Rimini e Vicenza.

-----  
**RIASSUNTO PER IL PUBBLICO**

Lesioni cerebrali traumatiche causate da incidenti sul lavoro: come è possibile ottenere una ripresa occupazionale e vocazionale? Le problematiche connesse al reinserimento delle persone colpite da gravi lesioni cerebrali sono numerose e altamente complesse, in quanto coinvolgono fattori sensomotorio, cognitivo, psicologico e comportamentale e richiedono interventi specifici nel corso di molti anni. Questo articolo descrive un Modello nato da una collaborazione biennale tra l'Istituto Nazionale per le Assicurazioni contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e la Federazione Nazionale delle Associazioni sul Trauma Cranico (FNATC). Il loro sforzo congiunto ha portato allo sviluppo di un Modello Italiano di Riabilitazione Vocazionale (IMoVR) esportabile a tutte le 20 regioni italiane. Grazie all'esperienza costruita da pochi gruppi (team) d'avanguardia, questo Modello rappresenta una prima

innovazione assoluta in Italia, caratterizzata da fasi strutturate e azioni finalizzate alla progettazione di interventi di elevata qualità e al monitoraggio della loro efficacia a lungo termine.

*Parole chiave:* trauma cranico, ritorno al lavoro, riabilitazione vocazionale

-----  
-----  
Le problematiche connesse al reinserimento delle persone colpite da gravi lesioni cerebrali sono numerose e altamente complesse, in quanto coinvolgono fattori sensomotorio, cognitivo, psicologico e comportamentale e richiedono interventi specifici durante l'intero processo riabilitativo, dalla fase acuta alla fase dei risultati a lungo termine. La letteratura mostra che i problemi cognitivo/comportamentali, in particolare, limitano il reinserimento negli ambienti sociali, scolastici e lavorativi, e aumentano significativamente il livello di stress familiare. Perciò, le persone con lesioni cerebrali necessitano programmi di riabilitazione e reinserimento a medio e lungo termine, con il principale obiettivo del recupero dei ruoli sociali, familiari e lavorativi.

Recenti rassegne di ricerche di follow-up (1-5) e una conferenza di consenso (6) su questo argomento hanno evidenziato la necessità di: (i) interventi precoci, (ii) sostegno familiare, (iii) sviluppo di programmi riabilitativi specifici (motorio, cognitivo, comportamentale e psicoterapeutico), e (iv) attuazione di programmi di sostegno al rientro al lavoro e reinserimento sociale. Nella loro rassegna, Wiart et al. (1) osservano che, nonostante il basso livello di prove, un approccio olistico, strutturato in programmi di terapia di tipo cognitivo-comportamentale, familiare e sistemica, è raccomandato in primo luogo per tutte le fasi della riabilitazione del trauma cranico. Approcci relazionali e adattivi, approcci riabilitativi e vocazionali, e le terapie psicoanalitiche possono essere utili, a patto che i terapisti abbiano familiarità e formazione nel TBI.

Numerosi dati mostrano l'efficacia del fornire trattamenti basati su un approccio olistico durante il processo di riabilitazione. Tali trattamenti dovrebbero essere mirati ad integrare gli interventi medici con programmi olistici, compreso il trattamento pragmatico cognitivo, garantendo la continuità verso il rapido raggiungimento dell'abilità relazionale, della vita indipendente e del ritorno al lavoro (7-9).

Inoltre, la maggior parte delle rassegne sottolinea che non ci sono metodi di alto livello, basati sull'evidenza, per la riabilitazione vocazionale; quindi, sono necessari ulteriori studi. Saltychev et al. (10) ha affermato che sono necessarie ricerche sperimentali e osservazionali ben condotte sugli esiti vocazionali. Egli ha incoraggiato i ricercatori a utilizzare termini e scale unificati e standardizzati in ulteriori studi e ha suggerito la Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF) come lo strumento migliore per questo scopo (10, 11).

In diversi paesi anglosassoni e nordamericani (12-13) sono garantiti programmi riabilitativi ben strutturati e continuità assistenziale, estendendosi dalla fase ospedaliera fino al reinserimento sociale. Secondo Fadyl & McPhersson. (2), esistono 3 diversi approcci: programmi vocazionali (olistici) basati sui centri, occupazione assistita, e modelli coordinati del caso. Una rassegna delle attuali migliori pratiche nella riabilitazione del trauma cranico viene fornita da Ponsford et al. nella seconda edizione del libro *Traumatic Brain Injury, Rehabilitation for Everyday Adaptive Living* (14).

In Italia, invece, istituzioni di cura ben strutturate sono purtroppo molto rare: il primo modello in uso in Italia, e unico nel suo genere, è stato descritto in un recente articolo (5), nonostante che l'Italia abbia ratificato e attuato la Convenzione delle Nazioni Unite sui Diritti delle Persone con Disabilità, unitamente al relativo Protocollo facoltativo (15), esprimendo una forte attenzione all'attuazione della normativa internazionale, con la Legge 3 marzo 2009, n. 18, in linea con la normativa comunitaria in materia. Consistenti risorse sono disponibili in Italia per la gestione clinica e riabilitativa dei soggetti

affetti da trauma cranico nelle fasi acuta e post-acuta, ma sono presenti solo sporadici servizi organizzati per sostenere la riabilitazione degli effetti a lungo termine del trauma cranico nella fase di reinserimento. Ciò è dovuto a molti fattori diversi, come notevoli lacune nelle reti di servizi alla comunità in tutto il paese, mancanza di linee guida nazionali, e insufficienti finanziamenti erogati da parte del sistema sanitario nazionale. Inoltre, la salute è di competenza dello Stato italiano, mentre i servizi sociali sono di competenza delle singole Regioni, il che ha dato luogo a discrepanze e disparità significative nella fornitura di servizi sanitari e sociali, come pure in modelli di organizzazione del welfare nelle Regioni. Al fine di rispondere al grande bisogno di reinserimento sociale e lavorativo di persone con trauma cranico, è stata istituita una collaborazione tra l'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL) e la Federazione Nazionale delle Associazioni sul Trauma Cranico (FNATC). Gli sforzi combinati di queste organizzazioni hanno portato allo sviluppo del Modello Italiano di Riabilitazione Vocazionale (IMoVR).

#### *OBIETTIVI del Modello Italiano di Riabilitazione Vocazionale*

- Offrire uno strumento per la gestione dei soggetti con trauma cranico correlato al lavoro che garantisca la continuità delle cure e dell'assistenza, dalla fase di ospedalizzazione al ritorno alla vita normale.
- Fornire supporto ai team multidisciplinari durante la valutazione dei bisogni e la preparazione della risposta per la riabilitazione vocazionale personalizzata, a livello regionale.
- Adottare strumenti di valutazione standard per programmi personalizzazione durante tutte le fasi dei programmi di riabilitazione vocazionale.
- Fornire linee guida operative per sviluppare servizi di riabilitazione vocazionale standard in tutte le regioni italiane

#### *Contesto culturale e principali caratteristiche del Modello italiano di riabilitazione vocazionale*

In Italia, uno dei motori trainanti di questo positivo processo medico/scientifico è la crescente richiesta da parte delle famiglie di protezione sociale, miglioramento del benessere dei pazienti e della disponibilità di organizzazioni di volontariato per aiutarli a orientarsi nel mondo medico/scientifico e nelle politiche di salute e sicurezza sociale. Infatti, sono state istituite varie associazioni di familiari e di volontariato a livello locale, che hanno promosso miglioramenti nel livello di trattamento e cura, come pure la creazione di servizi innovativi e specializzati, spesso sperimentali, mirati a fornire supporto per problemi specifici a individui con lesioni cerebrali acquisite. Questo supporto include programmi dedicati di assistenza domiciliare per le persone in stato di minima coscienza o in stato vegetativo, servizi di informazione e supporto per famiglie e caregiver, laboratori occupazionali, centri residenziali e case-famiglia. Un'espressione di questo movimento è la Federazione Nazionale delle Associazioni sul Trauma Cranico, che opera a livello nazionale come punto di riferimento qualificato per le famiglie per quanto riguarda attività di sostegno alla riabilitazione, al reinserimento sociale e lavorativo delle persone con TBI e gli interventi di assistenza.

La FNATC ha come obiettivo:

- Agire come interlocutore con organi governativi e istituzionali (ad esempio, l'INAIL), cercando di unificare le iniziative di diverse entità, organizzazioni no-profit e di volontariato che forniscono assistenza a individui e famiglie colpite da grave lesione cerebrale acquisita.
- Includere 21 associazioni di volontariato che offrono servizi all'interno delle loro regioni e operano nelle diverse fasi della riabilitazione.
- Fornire supporto e informazioni ai familiari nelle fasi acute e post-acute.
- Organizzare incontri come opportunità per condividere esperienze e trascorrere del tempo insieme (persone con lesioni cerebrali traumatiche e le loro famiglie). Le associazioni creano opportunità e sono fondate e gestite dai famigliari.

- Creare servizi di riabilitazione vocazionale e opportunità di coabitazione al di fuori del sistema familiare.

L'INAIL è un ente pubblico che fornisce assistenza e servizi ai lavoratori che si infortunano o contraggono malattie causate dall'attività lavorativa. L'INAIL si propone di:

- Valutare il danno.
- Pagare gli indennizzi.
- Offrire una tutela, che è anche diventata sempre più completa e integrata, sulla base del concetto di recupero dell'integrità mentale e fisica della vittima dell'infortunio sul lavoro, nell'ambito del "Regolamento per la fornitura di attrezzature tecniche e interventi di sostegno per il reinserimento nella vita sociale"(16).

Ciò comporta interventi di riabilitazione e reintegrazione volti a riparare i danni arrecati alla salute dei lavoratori attraverso interventi:

- Definiti come parte di un progetto personalizzato.
- Sviluppati da un team multidisciplinare presso l'istituto sede regionale.
- Attivati da reti locali, come cooperative e aziende agricole locali, centri di riabilitazione, società sportive.
- Che rispettino specifiche responsabilità relative all'inclusione lavorativa (17), che vengono attuati attraverso il finanziamento dei datori di lavoro per progetti individualizzati finalizzati al mantenimento del posto di lavoro o all'assistenza nella ricerca di nuova occupazione, a interventi formativi per la riqualificazione vocazionale, a progetti per l'eliminazione delle barriere architettoniche sul posto di lavoro e adattamento delle postazioni di lavoro per le vittime di infortuni sul lavoro con lesioni cerebrali.

L'IMoVR, in conformità con il presente quadro concettuale e normativa vigente, e mediante l'utilizzo di un paradigma biologico/psico/sociale, ha individuato il contesto ambientale come elemento decisivo nella disabilità. Esso richiede lo sviluppo di trattamenti olistici e sistemici, basati su servizi multidisciplinari, individualizzati e integrati, forniti da tutte le parti coinvolte nella progettazione ed erogazione dell'assistenza. Su questo punto Vestri et al. hanno mostrato che l'utilizzo di membri del personale designati a gestire i servizi terapeutici migliora l'efficienza e l'efficacia di un sistema sanitario incentrato sul paziente (18).

L'IMoVR si propone di delineare un programma condiviso fondato su pratiche comprovate, che attuano le raccomandazioni dalla letteratura e dai risultati tratti da rassegne sulla riabilitazione e interventi nelle fasi post-acute e di lungo termine. L'obiettivo è quello di fornire uno strumento a livello nazionale che garantisca la continuità delle cure e dell'assistenza, dalla fase dell'ospedale al ritorno alla vita regolare, nonché la creazione di programmi effettivi di riabilitazione vocazionale e di reinserimento lavorativo delle persone colpite da trauma cranico al lavoro.

Questa modalità operativa mira anche a fornire risposte pratiche ai bisogni dei familiari delle persone con TBI. Questi pazienti, come riportato in letteratura, necessitano di cure continue e sostegno psicologico per recuperare le proprie competenze dopo la dimissione ospedaliera; essi hanno bisogno di un lavoro che faciliti l'integrazione nella società e hanno anche bisogno di divertirsi in attività sociali. Anche le famiglie hanno bisogno di informazioni accurate e tempestive su tutte le fasi della cura e della riabilitazione dei propri parenti; hanno bisogno di servizi e professionisti specificamente attrezzati per assisterli nell'espressione e nell'elaborazione delle proprie emozioni, nonché di interventi mirati al sostegno della loro resilienza, consultazioni sulla riorganizzazione dei ruoli familiari e sulla gestione delle problematiche connesse a disturbi comportamentali (19–23).

A livello nazionale numerose iniziative medico-scientifiche sono state sviluppate negli ultimi dieci anni, così come alcune rivolte al sostegno normativo, sociale e culturale per i problemi derivanti dal TBI, al fine di definire adeguati programmi riabilitativi dalla fase acuta fino al più completo recupero funzionale possibile dell'individuo. In particolare, al fine di contestualizzare gli studi internazionali nella situazione sociale e politica in Italia, e di identificare risultati validi e applicabili a livello nazionale, 3 conferenze di consenso si sono svolte per delineare linee guida operative definite da commissioni specifiche per ogni fase riabilitativa: esiti acuti (24), post-acuti (25) e a lungo termine (6).

Abbiamo scoperto che per pianificare un programma di riabilitazione vocazionale individuale servono determinati presupposti. Purtroppo, i dati di una precedente indagine dell'INAIL e della FNATC hanno suggerito che pochissime comunità locali dispongono di una specifica rete integrata di servizi per TBI. Solo poche città si sono dimostrate eccellenti fornitrici di una rete efficiente tra ospedale riabilitativo, sociale servizi, agenzie per il lavoro e altri attori molto importanti nel sistema di welfare italiano, come le cooperative sociali e associazioni di volontariato.

#### *Sviluppo del modello italiano di riabilitazione vocazionale*

L'INAIL è responsabile della progettazione e del finanziamento dei servizi in Italia per le persone con lesioni cerebrali causate da incidenti sul lavoro. FNATC, la Federazione nazionale delle associazioni di familiari, interagisce con gli enti governativi in merito alla tutela dei diritti delle persone con trauma cranico. Questo tipo di collaborazione è una novità in Italia e rappresenta un forte esempio di welfare partecipativo. IMoVR è stato creato dall'analisi dell'evidenza scientifica internazionale e dell'analisi riflessiva delle esperienze raccolte dalle diverse INAIL regionali e siti FNATC che supportano il recupero mentale/fisico, il reinserimento sociale e lavorativo dei pazienti con trauma cranico e le loro famiglie. Questo lavoro è durato circa 30 mesi e ha previsto diverse attività gestite dagli autori, coinvolgendo 30 persone che operano come volontari INAIL e FNATC.

Questo progetto si è concentrato sull'analisi dei risultati della riabilitazione, suddividendo il programma di riabilitazione vocazionale in diversi passaggi e analizzando, per ciascun passaggio, gli strumenti operativi, le professionalità coinvolte, i punti di forza e debolezze. Così sono stati presi in considerazione i dati relativi alle esperienze a livello di sedi regionali INAIL e alle attività delle associazioni FNATC partecipanti.

In particolare, gli autori:

- hanno analizzato i modelli esistenti in letteratura;
- hanno esaminato progetti attivati dalle diverse sedi INAIL, che risultarono molto meno numerose del previsto nonostante la legislazione e i finanziamenti nazionali;
- hanno esaminato le attività delle 24 associazioni FNATC, soprattutto servizi a favore delle famiglie colpite e i professionisti coinvolti. È stata notata una significativa eterogeneità nella fornitura di servizi da parte di diverse associazioni FNATC. Questo potrebbe essere interpretato come conseguenza di tentativi locali di rispondere almeno ad alcuni dei tanti bisogni delle persone che convivono con TBI e i loro parenti;
- hanno raccolto buone pratiche delle associazioni INAIL e FNATC da progetti d'avanguardia in 6 città del Centro e Nord Italia (Ancona, Arezzo, Ferrara, Pordenone, Rimini e Vicenza).

A seguito di questa valutazione e analisi, sono state stabilite le fasi e i criteri di inclusione per il modello IMoVR.

#### *Descrizione del Modello Italiano di Riabilitazione Vocazionale*

Persone con trauma cranico causato da un incidente sul lavoro, che sono ammissibili per i singoli programmi IMoVR includono individui di età compresa tra 16 e 65 anni, maschi o femmine, che hanno

acquisito disabilità e che non possono tornare al loro lavoro precedente o che necessitano di riqualificazione vocazionale. Sono state considerate idonee anche persone che non possono tornare a lavori competitivi, ma che necessitano di un'occupazione significativa (ad esempio lavoro non competitivo o lavoro volontario). Infine, sono state anche incluse le persone che volevano migliorare le proprie attività della vita quotidiana e del reinserimento sociale. Non dovrebbero esserci limiti all'ingresso in IMoVR dettati da problemi motori, mentre, per aspetti cognitivi e comportamentali, è richiesta una classificazione di 6 livelli o più sulla scala LCF (26) al momento dell'ingresso nel programma di riabilitazione vocazionale.

Il seguente breve estratto della scala LCF definisce il livello cognitivo per l'inclusione:

- *Non idoneo: Livello IV* – Risposta confusa e agitata.
- Il paziente mostra comportamenti bizzarri, non intenzionali, incoerenti o inappropriati, non ha ricordi a breve termine, l'attenzione è breve e non selettiva.
- *Non idoneo: Livello V* – Confuso, Inappropriato, Risposta Non Agitata.
- Il paziente fornisce risposte casuali, frammentate e non intenzionali a stimoli complessi o non strutturati. Semplici comandi vengono seguiti in modo coerente, la memoria e l'attenzione selettiva sono compromesse e nuove informazioni non sono trattenute.
- *Idoneo: Livello VI* – Risposta confusa e appropriata.
- Il paziente fornisce risposte adeguate al contesto e mirate all'obiettivo, dipendente dall'input esterno per la direzione. C'è capacità per il riapprendimento, ma non per nuovi compiti, e persistono problemi di memoria recente.
- *Idoneo: Livello VII* – Risposta automatica e appropriata.
- Il paziente si comporta in modo appropriato in ambienti familiari, esegue automaticamente le routine quotidiane e mostra riporto per nuovi apprendimenti a tassi inferiori al normale. Il paziente avvia interazioni sociali, ma il giudizio rimane compromesso.
- *Idoneo: Livello VIII* – Risposta mirata e appropriata.
- Il paziente è orientato e risponde all'ambiente, ma le capacità di ragionamento astratto sono diminuite in termini relativi a livelli premorbosi.

I dati da precedenti esperienze suggeriscono che i prerequisiti essenziali per una progettazione adeguata di un programma di riabilitazione vocazionale prevede l'avere già stabilito sinergie con strutture ospedaliere, centri di riabilitazione e servizi sociali di comunità e del terzo settore, poiché questi facilitano la tempestiva segnalazione dei casi, l'integrazione e la continuità dei processi gestionali e aumentata varietà e qualità dei servizi offerti.

#### *Le tappe del modello italiano di riabilitazione vocazionale*

1. Raccolta e analisi della storia clinica e della documentazione, con particolare attenzione alla valutazione neuropsicologica. Il team che delinea il progetto individualizzato deve essere in grado di leggere e *comprendere appieno* la valutazione neuropsicologica e il suo significato, essere in grado di comprendere la gamma completa delle conseguenze dei deficit neuropsicologici sulla vita quotidiana e lavorativa della persona. A questo proposito, le Scale di Valutazione Funzionale sono strumenti di valutazione molto utili. Purtroppo, però, non sempre esse sono incluse nella cartella clinica dei pazienti fornite dai dipartimenti di riabilitazione in Italia.
2. Valutazione della situazione sociale, familiare e lavorativa dell'individuo e relativa valutazione dei bisogni.
3. Progetto di intervento. Un progetto individualizzato deve includere obiettivi, attività, operatori professionali coinvolti, costi attesi, risultati e strumenti di valutazione dei risultati, a breve e medio termine.
4. Valutazione continua.

5. Valutazione dei risultati. Analisi dei dati mediante l'uso di strumenti di valutazione.
6. Affinazione del progetto o nuova pianificazione.
7. Follow-up.

Se queste fasi vengono rispettate, si possono ottenere dati comparabili (11) per valutare i benefici del percorso riabilitativo vocazionale, che, come osservato in alcune rassegne sistematiche e studi retrospettivi, è poco studiato (10–27).

A causa delle enormi differenze tra le realtà locali che sono emerse dalla nostra indagine, e l'assenza di linee guida operative nazionale, IMoVR si compone di brevi e semplici frasi che includono una gamma di scelte libere per utenti, nel rispetto delle peculiarità locali.

Abbiamo però ritenuto fondamentale integrare il modello con considerazioni derivanti da un esteso “gruppo di lavoro sulle buone pratiche”. Abbiamo invitato ricercatori di dottorato, assistenti sociali, neuropsicologi, psicoterapeuti, e volontari delle 7 città sopra menzionate, per unire la loro esperienza quotidiana. In base al loro lavoro abbiamo molte considerazioni.

## **RISULTATI DEL GRUPPO DI LAVORO SULLE BUONE PRATICHE**

Per ciascuna delle fasi di IMoVR diversi aspetti erano descritti ed elaborati dal gruppo di lavoro sulle buone pratiche. Questi aspetti sono stati racchiusi in 4 categorie concettuali: strumenti operativi, ruoli professionali, punti di forza, e criticità. Essi includono e descrivono molti differenti aspetti: la possibilità di consultare professionisti che sono esperti in TBI; la presenza di idee per protocolli per la valutazione del caso e lo scambio di informazioni che consentono una comprensione più completa dei bisogni a medio e a lungo termine; l'adozione di strumenti validati e condivisi per valutare il funzionamento e la performance dell'individuo; la necessità di coinvolgere organizzazioni del terzo settore.

Tali aspetti vengono descritti ed approfonditi nel **l'Appendice 1**, che nasce dal lavoro di 42 esperti che hanno provato a riassumere le loro esperienze quotidiane in questi nomi (vedi Appendice 1 per la completa elaborazione scritta per il gruppo di lavoro durante la riunione). Vengono dettagliati anche i professionisti coinvolti in ciascuna fase, come anche la loro rilevanza, al fine di sottolineare l'importanza di team multiprofessionali senza perdere di vista l'obiettivo. Il rischio maggiore dei team interaziendali è la perdita di tempo e spreco di risorse. La condivisione efficace della gestione offre l'opportunità di modificare i servizi a lungo termine per TBI in Italia.

### *Fasi del modello di riabilitazione vocazionale ed estratti dall'Appendice 1*

- *Prerequisiti e punti deboli*

Prerequisiti: l'esistenza di una TBINet una rete di contatti e collaborazioni tra équipe di neuroriabilitazione, servizi INAIL e comunità locale (associazioni, cooperative, servizi sociali).

I punti deboli sono: una mancanza di collaborazioni formali all'interno del TBINet, mancanza di protocolli o mancanza di team multidisciplinari con ruoli e responsabilità chiari.

Sono necessarie continuità e condivisione della gestione tra ospedali, L'INAIL e i servizi sociali, nei processi di reinserimento vocazionale e sociale delle persone con TBI nei servizi italiani.

- *Raccolta e analisi della documentazione clinica*

Per avere una comprensione più completa del caso durante l'analisi della domanda, un esame delle specifiche fasi ha evidenziato la necessità di disporre di strumenti di report dei casi efficaci e integrati per la segnalazione degli stessi, documentazione medica completa e la possibilità di creare

collaborazioni tra team di riabilitazione e i gruppi regionali dell'INAIL. Il coinvolgimento dei membri della famiglia e dei servizi sociali con competenze specifiche per il recupero del TBI sono punti di forza in questa fase, mentre i ritardi nella presa in carico dei pazienti e la mancanza di un linguaggio comune (cultura TBI) in TBINet sono punti deboli.

- *Valutazione*

Punti di forza nell'analisi della situazione personale e sociale/familiare prevedono l'utilizzo di specifici strumenti di valutazione (scale e questionari per TBI, valutazioni funzionali, classificazione ICF e narrazione autobiografica). La condivisione di elementi utili per la valutazione dei casi all'interno dei componenti del TBINet e la fornitura del feedback di valutazione al paziente e alla sua famiglia sono altri punti validi.

I punti di forza sono la partecipazione attiva delle persone con TBI e delle loro famiglie nella pianificazione delle azioni e nella condivisione di informazioni all'interno di TBINet.

Al contrario, la frammentazione dell'assistenza e dei programmi è un punto debole, così come lo è il divario tra i supporti richiesti e le risposte da parte dei fornitori di servizi locali.

- *Progetto di intervento*

Nel processo di progettazione, è fondamentale la condivisione della proposta di progetto con i servizi locali, al fine di evitare sovrapposizioni o lacune nell'assistenza, nonché per coinvolgere le industrie, le cooperative e le associazioni nella creazione di condizioni pratiche e condivise per la reintegrazione al lavoro. Ancora una volta, è raccomandato l'uso degli indicatori ICF per la valutazione del progetto, la creazione di un progetto condiviso TBINet (coprogettazione dalla fase di dimissioni dall'ospedale) e la condivisione delle risorse. Di grande importanza è la possibilità di avere abbastanza tempo alla riabilitazione vocazionale, non solo a quella per lavori competitivi, ma anche per promuovere l'indipendenza e la consapevolezza; soprattutto quando la persona con TBI ha una significativa compromissione funzionale e limitazioni dell'attività causate dalla complessità, è necessario uno sviluppo molto graduale.

Un aspetto critico è la mancanza di laboratori occupazionali e programmi dedicati mirati alla reintegrazione al lavoro delle persone che vivono con TBI, e la mancanza di sensibilizzazione tra i datori di lavoro del settore di produzione locale.

- *Valutazione continua*

Quando eseguito dal professionista responsabile del caso, la valutazione continua è molto utile per garantire l'adeguatezza degli interventi nel tempo, nonché la continuità del sostegno. L'INAIL può verificare tramite colloqui, visite domiciliari, telefonate con il paziente e la famiglia, al fine di produrre un rapporto sullo stato di avanzamento e programmare un incontro di follow-up tra le organizzazioni partner: l'intera rete TBINet o parte di essa. Un utile risorsa è la continuità del sostegno da parte delle équipe INAIL per le persone con trauma cranico e i loro parenti. Queste informazioni devono essere trasmesse alla rete TBINet per non perdere risorse.

- *Valutazione dei risultati*

La valutazione dei risultati è una fase essenziale nella possibile messa a punto del progetto; tuttavia, la valutazione dei risultati necessita ancora di miglioramenti. La mancanza di strumenti di valutazione standardizzati comuni tra i fornitori di servizi e strumenti dedicati non eccellenti per programmi di fornitura di assistenza per pazienti con trauma cranico e loro familiari presso i servizi regionali INAIL restano punti deboli. Una relazione finale, comprendente la valutazione della soddisfazione dei programmi vocazionali, dovrebbe essere preparata e condivisa con TBINet e la



famiglia. Il risultato finale dipende anche dalle opportunità che il territorio offre per impiego competitivo, occupazione, lavoro volontari. La presenza sul territorio di associazioni e cooperative specializzate in opportunità per le persone con trauma cranico facilita grandemente la creazione di risultati virtuosi.

- *Follow-up*

In Italia la fase di follow-up, fondamentale per misurare la persistenza dei risultati del progetto nel tempo e l'eventuale necessità di nuovi interventi, è attualmente poco sviluppata e non organizzata. Questa fase potrebbe anche creare un facile accesso per esprimere nuovi bisogni per il paziente e famiglia. Inoltre, è necessario raccogliere dati sui risultati conseguiti e la loro persistenza nel tempo.

## **DISCUSSIONE**

Per quanto riguarda il reinserimento lavorativo, la letteratura include studi che portano all'identificazione dei fattori che facilitano o ostacolano il ritorno al lavoro e il reinserimento nell'ambiente sociale, come la gravità del trauma (Glasgow Coma Scale; GCS), durata del ricovero, sesso, impiego prima dell'evento traumatico, livello dell'istruzione, nonché la tempestività e l'intensità dell'intervento (28-35). IMoVR mira a creare un intervento tempestivo e intensivo, dall'ospedale alla fase di reinserimento. Innanzitutto, esso prevede la necessità creare la rete TBINet, attraverso accordi formali tra diversi servizi, in modo che le persone che vivono con TBI e i loro parenti possano essere guidati da TBINet e non devono lottare per i propri diritti.

Uno dei principali fattori che garantiscono la qualità in questo modello di riabilitazione vocazionale è il rispetto delle 7 fasi di gestione sopra descritte. Studi retrospettivi (10, 27) sono più affidabili quando i criteri da analizzare sono ben definiti. Siamo certi che la metodologia e il modello IMoVR descritti qui saranno utile, non solo nel fornire un contesto storico per le persone a cui fare riferimento quando si sviluppano interventi, ma anche come strumento che consente una raccolta dati uniforme. Si spera che questo lavoro contribuirà anche alla ricerca clinica necessaria per una riabilitazione basata sull'evidenza, come indicato dalla rassegna di Cochrane su questo argomento (36).

Ad oggi l'INAIL ha pianificato numerosi progetti individualizzati per i suoi beneficiari. Ma, fino ad ora, la mancanza di linguaggi e modelli condivisi non ha consentito la raccolta di dati circa l'efficacia e l'efficienza del percorso riabilitativo. Se l'uso di IMoVR fosse implementato in ogni singolo progetto INAIL, tra 5 anni dovrebbe essere possibile raccogliere dati utili. La speranza degli autori è di dimostrare statisticamente quello che gli operatori della riabilitazione osservano ogni giorno, aiutando così nel rendere la riabilitazione medica più efficace e consentendo alle persone colpite TBI e alle loro famiglie di ottimizzare la propria vita sociale e il reinserimento lavorativo, e migliorare la loro qualità di vita.

Per quanto riguarda la metodologia, gli elementi di alta qualità di IMoVR comprendono: coinvolgimento della famiglia, adozione del paradigma biologico/psicologico/sociale come cornice di riferimento, la definizione di interventi continuativi tra riabilitazione medica e reinserimento socio-lavorativo, e la creazione di una rete locale specializzata (TBINet) per la pianificazione e realizzazione degli interventi.

In Italia esistono servizi dedicati all'inclusione e al lavoro per persone con disabilità congenita, ma pochissimi per le persone con trauma cranico (5). IMoVR mira a creare una più ampia cultura dell'inclusione di TBI nel servizio sociale, nelle cooperative e in altri fornitori locali di servizi. IMoVR approfondisce e affronta aspetti specifici e diversi della lesione cerebrale al fine di fornire un processo di gestione più completo in grado di soddisfare le esigenze dei pazienti e dei caregiver. IMoVR dimostra che gli interventi professionali devono includere supporti psicologici e neuropsicologici e altri esperti

nel TBI, come pure laboratori occupazionali specializzati e la possibilità di attuare programmi dedicati al reinserimento lavorativo.

### *Conclusioni*

Grazie a questa collaborazione tra INAIL e FNATC, IMoVR è il primo esempio in Italia di un servizio di assicurazione pubblica ideato e realizzato con il diretto contributo dei familiari. Il modello IMoVR è:

- Chiaro e semplice, e quindi ripetibile e adattabile ad ogni provincia italiana.
- Un percorso ideato e coordinato dall'autore che, tuttavia, si è avvalso della conoscenza di più di 40 esperti e familiari in un processo dal basso verso l'alto.

Per il futuro INAIL e FNATC intendono condividere questo modello a livello nazionale in Italia, attraverso campagne di sensibilizzazione per famiglie e formazione degli operatori per creare più esperti di riabilitazione vocazionale, stabilendo così una rete TBINet in ogni provincia. Un altro obiettivo primario sarà raccogliere dati per il Progetto Individuale di Riabilitazione Vocazionale (risultato/costo/effetto), al fine di valutare l'efficienza e l'efficacia di un sistema di assistenza sanitaria riguardante pazienti TBI nella fase degli esiti.

### **BIBLIOGRAFIA**

1. Wiart L, Luauté J, Stefan A, Plantier D, Hamonet J. Non pharmacological treatments for psychological and behavioral disorders following traumatic brain injury (TBI). A systematic literature review and expert opinion leading to recommendations. *Arch Phys Med Rehab* 2016; 59: 31–41.
2. Fadyl JK, McPherson KM. Approaches to vocational rehabilitation after traumatic brain injury: a review of the evidence. *J Head Trauma Rehabil* 2009; 24 3: 195–212.
3. Cattelani R, Zettin M, Zoccolotti P. Rehabilitation treatments for adults with behavioral and psychosocial disorders following acquired brain injury: a systematic review. *Neuropsychol Rev* 2010; 20: 52–85.
4. Kumar KS, Samuelkamaleshkumar S, Viswanathan A, Macaden AS. Cognitive rehabilitation for adults with traumatic brain injury to improve occupational outcomes. *Cochrane Database Syst Rev* 2017; 6: CD007935.
5. Perini P, Rossi G, Testa A, Giustini A, Tosi L. Vocational rehabilitation in Italy, potential and limits. *Int J Phys Med Rehabil* 2018; 6: 6.
6. Apollone G, Boldrini P, Avesani R, De Tanti A, Fogar P, Gambini MG, et al. [Second consensus conference: the rehabilitation and care needs of people with acquired brain injury and their family] *Ital J Rehab Med* 2007; 21: 29–51 (in Italian).
7. Keiji H, Takatsugu O, Shu W, Masahiro O. Effectiveness of comprehensive day treatment program for rehabilitation of patients with acquired brain injury. *J Rehabil Med* 2006; 38: 20–25.
8. Ben Yishai Y. Postacute neuropsychological rehabilitation, a holistic prospective. In: *International Handbook of Neuropsychological Rehabilitation*. New York: Kluwer Academic Plenum Publisher; 2000, p.131–139.
9. Gabbatore I, Sacco K, Angeleri R, Zettin M, Bara BG, Bosco FM, Cognitive pragmatic treatment: a rehabilitative program for traumatic brain injury individuals *J Head Trauma Rehabil* 2015; 5: E14–E28.

10. Saltychev M, Eskola M, Tenovuo O, Laimi K. Return to work after traumatic brain injury: systematic review. *Brain Inj* 2013; 27: 1516–1527.
11. World Health Organization. International Classification of Functioning, Disability and Health (ICF). Trento: Erickson; 2002.
12. Tyerman A. Vocational rehabilitation after traumatic brain injury: models and services. *NeuroRehabilitation* 2012; 31: 51–62.
13. Malec JF. Impact of comprehensive day treatment on societal participation for persons with acquired brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2001; 82: 885–889.
14. Ponsford J, Sloan J, Snow P. Traumatic brain injury – rehabilitation for everyday adaptive living. 2nd edn. New York: Psychology Press; 2013.
15. UN Convention on the Rights of Persons with Disabilities. New-York:United Nations; 2006. Available from: <https://www.un.org/disabilities/documents/convention/convoptprot-e.pdf> and in Italian <https://www.lavoro.gov.it/temi-e-priorita/disabilita-e-non-autosufficienza/focus-on-Convenzione%20ONU.pdf>.
16. Official Bulletin of Italian Ministry of Economics and Finance. Rome; 2000. Legislative Decree no. 38/2000. Available from: <https://www.gazzettaufficiale.it/eli/id/2000/03/20/000A3221/sg> (in Italian).
17. Official Bulletin of Italian Ministry of Economics and Finance. Rome; 2014. Law no. 190/2014, Art. 1, comma 166. <https://cliclavoro.gov.it/normative/legge23dicembre2014n.190.pdf> in Italian comma 166 a pag. 86 (in Italian).
18. Vetri A, Pizzighello S, Piccoli S, Martinuzzi A. Benefits of centralized scheduling in a postacute residential rehabilitation program for people with acquired brain lesions: a pilot study. *Arch Phys Med Rehabil* 2017; 98: 746–750.
19. Lundqvist A, Samuelsson K. Return to work after acquired brain injury: a patient perspective. *Brain Inj* 2012; 26: 1574–1585.
20. Kreutzer JS, Marwitz JH, Sima AP, Bergquist TF, Johnson-Greene D, Felix ER et al. Resilience following traumatic brain injury: a model systems study. *Arch Phys Med Rehabil* 2016; 97: 708–713.
21. Corrigan, JD, Whiteneck G, Mellick D. Perceived needs following traumatic brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2004; 19: 205–216.
22. Kreutzer JS, Marwitz JH, Godwin EE, Arango-Lasprilla JC. Practical approaches to effective family intervention after brain injury. *J Head Trauma Rehabil* 2010; 25: 113–120.
23. Niemer JP, Kreutzer JS, Marwitz JH, Sima AP. A randomized controlled pilot study of a manualized intervention for caregivers of patients with traumatic brain injury in inpatient rehabilitation. *Arch Phys Med Rehabil* 2019; 100: S65–S75.
24. Taricco M, De Tanti A, Boldrini P, Gatta G. The rehabilitation management of traumatic brain injury patients during the acute phase: criteria for referral and transfer from intensive care units to rehabilitative facilities. *Eur Medicophys* 2006; 42: 73–84.
25. De Tanti A, Zampolini M, Pregno S. Recommendations for clinical practice and research in severe brain injury in intensive rehabilitation: the Italian Consensus Conference. *Eur J Phys Rehabil Med* 2015; 51: 89–103.
26. Hagen C, Malkmuss D, Durham P. Rancho Los Amigos – Levels of cognitive functioning. Downey, CA: Rancho Los Amigos Hospital; 1972. Available from: [http://www.coma.ulg.ac.be/images/levels\\_cogfunc.pdf](http://www.coma.ulg.ac.be/images/levels_cogfunc.pdf).

27. Bonnetterre M, Perennou D, Trovatiello V, Mignot N, Segal P, Balducci F, et al. Interest of workplace support for returning to work after a traumatic brain injury: a retrospective study. *Ann Phys Rehabil Med* 2013; 56: 652–662.
28. He Y, Hu J, Sun Yu I, Gu W, Liang W. Determinants of return to work after occupational injury. *J Occup Rehabil* 2010; 20: 378–386.
29. Bjo Rkdahl A. The return to work after a neuropsychological programme and prognostic factors for success. *Brain Inj* 2010; 24: 1061–1069.
30. Grauwmeijer E, Heijenbrok-Kal MH, Haitsma IK, Ribbers GM. A prospective study on employment outcome 3 years after moderate to severe traumatic brain injury. *Arch Phys Med Rehabil* 2012; 93: 993–999.
31. Lexell J, Whilney A, Jacobsson LJ. Vocational outcome 6–15 years after a traumatic brain injury. *Brain Inj* 2016; 1: 1–6.
32. Scaratti C, Leonardi M, Sattin D, Schiavolin S, Willems M, Raggi A. Work-related difficulties in patients with traumatic brain injury: a systematic review on predictors and associated factors. *Disabil Rehabil* 2017; 39: 847–855.
33. Grauwmeijer E, Heijenbrok-Kal M, Haitsma IK, Ribbers G. Employment outcome ten years after moderate to severe traumatic brain injury: a prospective cohort study. *J Neurotrauma* 2017; 34: 2575–2581.
34. West MD, Targett PS, Crockatt SY, Wehman PH. Return to work following traumatic brain injury. In: Zasler ND, Katz DI, Zafonte RD, editors. *Brain injury medicine – principles and practice*. New York: Demos Medical Publishing; 2012, pp. 1349–1359.
35. Stergiou-Kita M, Dawson D, Rappolt S. Inter-professional clinical practice guidelines for vocational evaluation following traumatic brain injury: a systematic and evidencebased approach. *J Occup Rehabil* 2012; 22: 166–181.
36. Turner-Stokes L, Pick A, Nair A, Disler PB, Wade DT. Multidisciplinary rehabilitation for acquired brain injury in adults of working age. *Cochrane Database of Syst Rev* 2015; (3): CD004170.

**Appendice 1.** Gruppo di lavoro sul rapporto sulle buone pratiche

Strumenti operativi	Ruoli professionali coinvolti	Punti di forza	Punti di debolezza
<b>Prerequisiti</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mappe dei servizi sociali e sanitari sul territorio</li> <li>- Team multidisciplinari di TBINet che forniscono collaborazioni stabilite su casi, collaborazioni informali/ formali attraverso protocolli e accordi</li> <li>- Colloqui congiunti, visite domiciliari congiunte, accesso ospedaliero da parte del team INAIL</li> <li>- Strumenti in uso a livello ospedaliero (modulo di pre-dimissione, piano di aiuti, ecc.)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Team multidisciplinare INAIL di 1° livello</li> <li>- Assistente sociale INAIL locale (ruolo di filtro, legame e connessione con TBINet)</li> <li>- Team di neuro-riabilitazione</li> <li>- Team servizi regionali INAIL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempestività nella segnalazione dei casi: dall'ospedale a casa</li> <li>- Tempestività, continuità e condivisione della gestione tra ospedale e INAIL</li> <li>- Integrazione degli interventi e servizi all'interno di TBINet</li> <li>- Disponibilità di competenza TBI</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di collaborazioni formali all'interno della rete TBINet</li> <li>- Mancanza di protocollo per la notifica dei casi</li> <li>- Mancanza di personale</li> <li>- Mancanza di chiarezza sui limiti dei diversi servizi, sui ruoli e sulle responsabilità all'interno di TBINet</li> </ul>
<b>Raccolta e analisi della documentazione clinica</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Canali di notifica interni all'INAIL</li> <li>- Fascicoli sanitari e sociali</li> <li>- Interviste ai pazienti e ai loro familiari dai membri dell'équipe professionale dell'INAIL</li> <li>- Incontri con l'équipe regionale e collaborazione tra professionisti INAIL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Team multidisciplinare INAIL di 1° livello</li> <li>- Team ospedaliero/team riabilitativo - Servizi sociali locali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Tempistiche di gestione</li> <li>- Approccio multidisciplinare (differenti competenze e punti di vista)</li> <li>- Disponibilità di un efficace supporto alla progettazione TBINet interno a INAIL</li> <li>- Competenze specifiche nel recupero del trauma cranico</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di un programma di gestione post-dimissione condiviso all'interno del TBINet</li> <li>- Ritardi nella presa in carico dei pazienti</li> <li>- Poco/nessun linguaggio comune (cultura TBI) all'interno di TBINet</li> </ul>
<b>Valutazione</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Colloqui con familiari/pazienti/fornitori di servizi</li> <li>- Visite ospedaliere e domiciliari</li> <li>- Rapporti sociali o altri rapporti professionali</li> <li>- Utilizzo di strumenti per la narrazione autobiografica</li> <li>- Utilizzo di scale e questionari, ad es. qualità della valutazione della vita dei pazienti e dei caregiver, o Scala ADL primaria e secondaria, o Scala di integrazione comunitaria</li> <li>- Restituire un feedback di valutazione a pazienti e familiari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente sociale locale con relazione sociale</li> <li>- Team locale dell'INAIL</li> <li>- valutazione multidimensionali dei bisogni dall'INAIL</li> <li>- relazione neuropsicologica del team multidisciplinare di 1° livello (ospedale)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- condivisione di informazioni ed elementi della valutazione</li> <li>- Ricerca condivisa sulle risorse per attivare: fornitori di servizi locali</li> <li>- Senso di sicurezza durante la pianificazione</li> <li>- Partecipazione attiva dei pazienti e familiari</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Frammentazione degli interventi</li> <li>- Utilizzo errato del modulo ICF</li> <li>- Divario tra richieste di supporto e risposta da parte dei fornitori di servizi locali</li> </ul>
<b>Progetto di intervento</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri del team con i diversi servizi locali coinvolti per condividere la proposta di programma</li> <li>- Condivisione del progetto con il paziente e la famiglia</li> <li>- Consigliato utilizzo degli indicatori ICF per la valutazione del progetto</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Team multidisciplinare locale dell'INAIL</li> <li>- Un rappresentante team di neuroriabilitazione dell'ospedale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Creazione di un progetto TBINet condiviso (co-progettazione dalla fase di dimissione ospedaliera)</li> <li>- Condivisione delle risorse</li> <li>- Tempestività, continuità e natura progressiva degli interventi</li> <li>- Disponibilità locale di risorse e opportunità del servizio</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Permangono, tuttavia, difficoltà nella costruzione del progetto, se la persona con trauma cranico ha significative compromissioni funzionali e limitazione delle attività (complessità, incertezza, necessità di uno sviluppo graduale)</li> <li>- Mancanza di laboratori occupazionali e programmi dedicati mirati al reinserimento lavorativo delle persone che vivono con TBI</li> <li>- Lunghi e macchinosi fattori burocratici e amministrativi</li> <li>- Rischio di sovrapposizione degli interventi tra servizio locale e INAIL</li> <li>- Difficile integrazione di standard/regolamenti e responsabilità tra i diversi servizi INAIL</li> <li>- Mancanza di consapevolezza da parte dei datori di lavoro e del settore produttivo locale</li> </ul>
<b>Valutazione continua</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Verifiche INAIL attraverso colloqui, visite domiciliari, telefonate con il paziente e i membri della famiglia</li> <li>- Incontri per lo scambio di relazioni sullo stato di avanzamento e follow-up tra organizzazioni partner: l'intero TBINet o parte di esso, a seconda del progetto individuale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente sociale INAIL e team multidisciplinare</li> <li>- Professionisti dei fornitori del servizio locale</li> <li>- Le persone che vivono con TBI e i loro parenti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Continuità delle attività di supporto dal team INAIL</li> <li>- Garantire l'adeguatezza degli interventi</li> <li>- Lavoro multidisciplinare</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di strumenti di valutazione condivisi</li> </ul>
<b>Valutazione dei risultati</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Incontri e/o visite domiciliari con il paziente e familiari da parte del team INAIL</li> <li>- Incontri tra team INAIL e i fornitori del territorio per creare rapporti finali sui risultati</li> <li>- Il rapporto finale da fornire alla persona e al suo caregiver</li> <li>- Strumenti di misurazione della soddisfazione del paziente e della famiglia da includere nella relazione finale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente sociale dell'INAIL</li> <li>- Team multidisciplinare dell'INAIL</li> <li>- Professionisti (e volontari se presenti) da fornitori locali</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Collaborazione TBINet</li> <li>- Messa a punto tempestiva del progetto quando necessario</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Mancanza di strumenti di valutazione standardizzati per servizi regionali dell'INAIL</li> <li>- Difficoltà a condividere la valutazione dei risultati all'interno dei servizi TBINet</li> <li>- Rischio di fallimento non parziale dovuto a mancanza di opportunità per lavoro competitivo, lavoro di occupazione e lavoro di volontariato</li> </ul>
<b>Follow-up</b>			
<ul style="list-style-type: none"> <li>- Pianificati colloqui e somministrazione di scale di valutazione precedentemente somministrate ai pazienti e ai familiari dopo il completamento del progetto (6 mesi, 1 anno, 5 anni...)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Assistente sociale dell'INAIL</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Facile disponibilità per il paziente e famiglia nei casi dei bisogni di cui sopra</li> <li>- Possibilità di revisione dei dati circa i risultati raggiunti e la loro persistenza nel tempo</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>- Non è una fase organizzata</li> <li>- Fase poco sviluppata</li> </ul>

TBI: lesione cerebrale traumatica (Traumatic Brain Injury); INAIL: Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro; ADL: Attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living); ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità, e Salute (International Classification of Functioning, Disability, and Health).