



Federazione Nazionale
Associazioni Trauma Cranico.

Giornata Nazionale del Trauma Cranico

Firenze, 29 e 30 settembre 2006

LA RIABILITAZIONE SOCIALE, è un processo che applica come metodologia il lavoro in RETE e si pone come obiettivo il fornire la massima AUTONOMIA possibile, ed ha come risultati attesi il REINSERIMENTO e l'INTEGRAZIONE delle Persone con Esiti di GCA.

Il reinserimento sociale dopo trauma cranico è una delle tappe più importanti della riabilitazione in fase post- acuta.

Le difficoltà maggiori incontrate dal paziente in questo stadio, oltre alla parte fisica, sono legate ai cambiamenti a livello emotivo, cognitivo e comportamentale che impongono una riorganizzazione dello stile di vita.

Spesso i familiari riferiscono che dopo il trauma, il paziente non è più lo stesso e hanno l'impressione di vivere con un'altra persona... (da una ricerca emerge che i familiari nel 44% dei casi segnalano difficoltà psicologiche (ansia, depressione..), nel 42% non hanno nessuno con cui parlare e confidarsi al di fuori della cerchia familiare) per cui hanno bisogno di sentirsi sostenuti ed appoggiati dai servizi sia sanitari che sociali e per fare questo è necessario creare una rete integrata.

La Proposta di un percorso di reinserimento vista dalla parte delle famiglie potrebbe essere così sintetizzata:

Creare una Regia Competente, cioè un gruppo di lavoro all'interno del centro di riabilitazione in cui siano presenti varie figure: l'equipe multidisciplinare, la famiglia, l'assistente sociale e l'associazioni di volontariato. (riunione di team allargato) un po' come in alcuni centri viene fatto, per elaborare il progetto di reinserimento.

GVPGCA "Il Gruppo Valutativo di Partecipazione per le Gravi Cerebrolesioni Acquisite" dopo aver realizzato il progetto individualizzato di reinserimento si deve interfacciare con le varie figure sul territorio e con le strutture sanitarie, ed avrà il compito di: lavorare in Rete, con la Famiglia, con i servizi, con i centri residenziali, con gli ambulatori, essere un punto di riferimento per la costruzione e supervisione del progetto elaborato.

Il gruppo deve usare un linguaggio comune ed elaborare una progettazione condivisa.

Il GVPGCA, una volta definito il progetto con la persona e la famiglia, passa alla fase operativa attivando il Servizio Sociale (key operator) con la funzione guida, cioè l'attivazione di tutta una serie di servizi a secondo della gravità.

La finalità generale deve essere il raggiungimento del miglior grado d'integrazione possibile della persona nel suo contesto di vita.

Saranno suoi compiti pertanto:

- accompagnare la realizzazione del progetto definito con il GVPGCA;
- organizzare interventi a livello domiciliare, per chi rientra in famiglia in SV.
- affrontare le problematiche contingenti e logistiche (difficoltà di trasporto, bisogno di accesso ad alloggi privi di barriere, individuazione di risorse per l'autonomia del soggetto,);

- mantenere i rapporti con i servizi locali attivi a favore della GCA;
- facilitare l'accesso a strutture diurne educative e riabilitative;
- collaborare con le cooperative sociali di lavoro di tipo B ed il centro per l'impiego per l'inserimento lavorativo;
- favorire l'accesso alle risorse per l'organizzazione del tempo libero, della socializzazione ed attività ricreative;
- promuovere interventi del volontariato locale a sostegno della famiglia, predisponendo momenti di accoglienza e di ascolto;
- interfacciarsi con il GVPGCA per valutare nuovi bisogni e variazioni nel progetto;

La necessità di un lavoro di rete: tutte le realtà hanno contatti, come convenzioni, contributi o patrocini con le realtà socio-sanitarie dei territori di appartenenza. Le reti di servizi coinvolti sono differenti a seconda dei territori.

Anche in questo caso, procedure codificate, possibilità di accedere velocemente all'esperienza di altri, faciliterebbe il lavoro di messa in rete di servizi che, per quanto siano organizzati diversamente, spesso hanno la stessa **"mission"** a livello nazionale.

Non esistono al momento in Italia criteri di accreditamento né standard di interventi.

Spesso non c'è una corrispondenza tra quello che si trova in rete o si legge in articoli scientifici e la realtà. Sono stati trovati modelli di reinserimento descritti in regioni dove poi concretamente non si fanno attività di questo tipo.

Spesso sono stati lanciati progetti sperimentali che poi non hanno avuto un seguito per la difficoltà di reperire finanziamenti e di garantire un servizio costante.

La maggior parte dei servizi ha origine dal privato sociale, solo un centro è nato dall'Azienda Sanitaria Locale, è a Bologna e si occupa di impostare interventi di reinserimento mirati.

La legge 162 prevede la possibilità da parte dei familiari di persone disabili di richiedere finanziamenti alle ASL per programmi di sollievo, di "tregua affettiva", per l'accoglimento temporaneo del proprio congiunto in strutture ad hoc da utilizzare temporaneamente come sollievo alla famiglia e che consentano un recupero di risorse fisiche e psichiche, (il 67% trascorre più di 8 ore al giorno con il proprio congiunto con un impegno gravoso e difficile) - ad es. esperienze di Arluno (MI), Valmorea (CO) -.

Le soluzioni proposte in alternativa sono purtroppo le Residenze Protette per Anziani o le residenze per disabili in situazione di gravità.

La stessa legge contempla inoltre il finanziamento di progetti volti alla promozione della vita autonoma. Le risorse economiche messe a disposizione sono però limitate, e spesso non vengono utilizzate per soggetti con GCA.

Alcuni es. sintetici

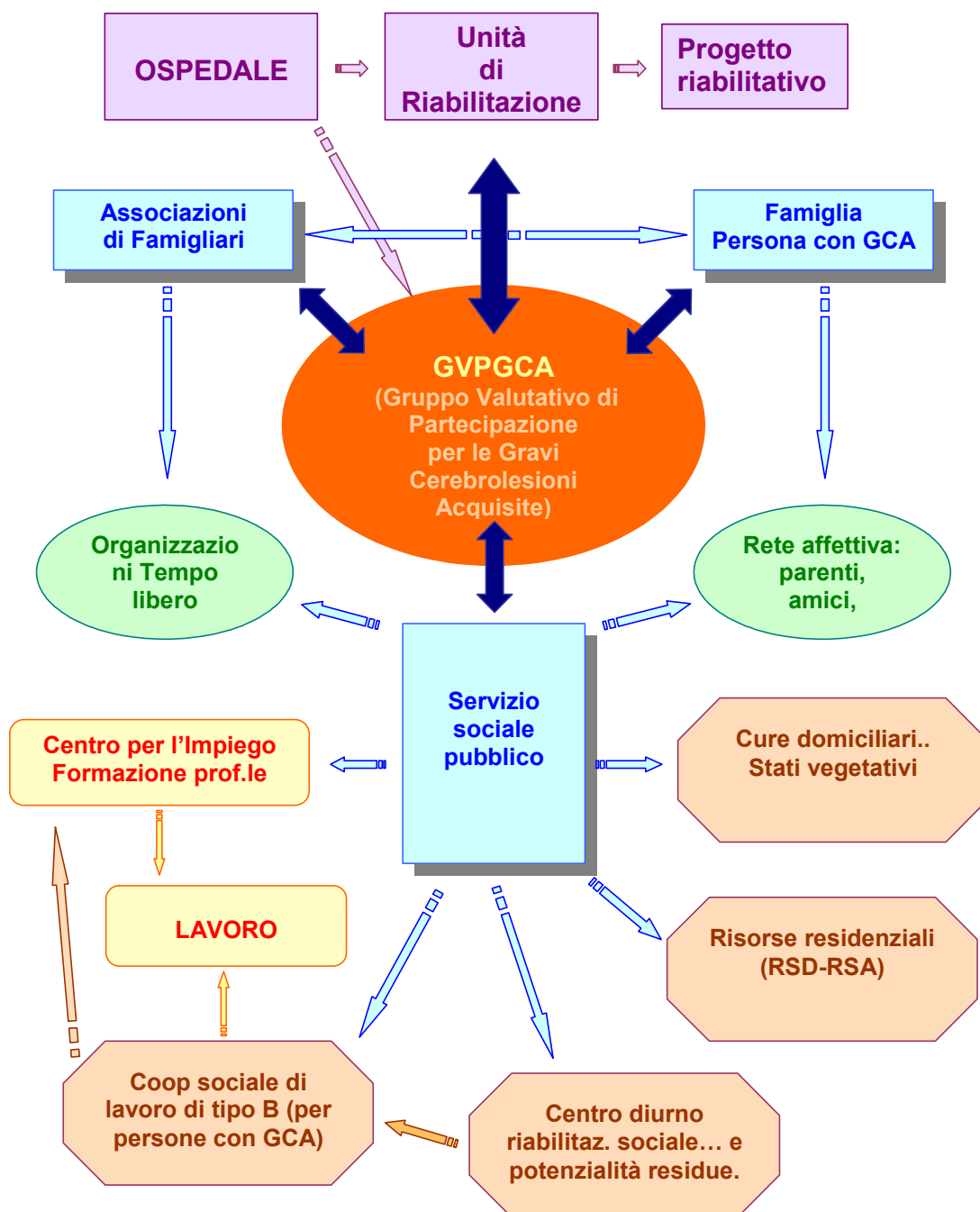
1. dopo il progetto L. G. rientro al domicilio in SV ed attivato la rete dei servizi per le "cure domiciliari"
2. G. D. progetto fatto dal gruppo ed attivato il reinserimento nella cooperativa sociale di lavoro di tipo B.
3. N.I. molto giovane per cui il progetto ha riguardato la fase dell'inserimento terapeutico (come riabilitazione sociale) in una RSA.
4. Progetto invece di inserimento lavorativo per alcuni ragazzi.

Nella nostra zona con l'Azienda sanitaria 8 di Arezzo che ha un reparto di neuro-riabilitazione delle GCA (8 pl ad Arezzo, 10 pl a Montevarchi) + la riabilitazione

intensiva extraospedaliera nei regimi di ricovero, DH e ambulatoriale, c'è stata un' integrazione aziendale con l'Associazione ATRACTO su procedure comuni di presa in carico.

Inoltre ci sono medici di neuro-riabilitazione presenti nelle Commissioni patenti speciali, e nelle Commissioni per la L.68.

Ipotesi di percorso integrato per il reinserimento sociale della persona con Grave Cerebrolesione Acquisita



Legenda:

