



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Polo Tecnologico
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2007/2008

Io e il mio piede

BRUNA

CANDIDATO: Maria Fiorella Colantoni
Tipo di elaborato: progetto su caso individuale

Abstract. *Era il 1959 quando a soli 10 anni Bruna, primogenita di una famiglia di umili origini, venne ricoverata presso un Istituto di Assistenza con diagnosi di "oligofrenia medio grave". Bruna trascorre i primi 30 anni in Istituto conseguendo il diploma di scuola media inferiore e raggiungendo ottimi risultati nelle attività manuali di maglieria, tessitura e ricamo che si effettuano all'interno dei laboratori dell'Istituto. A 55 anni compare un Erpes zoster che tende a cronicizzare ed evolve in algoneurodistrofia dell'arto inferiore sinistro. Il dolore continuo ed insopportabile in breve tempo costringe Bruna in carrozzina e per lei inizia un lungo calvario che la vedrà protagonista di continui ricoveri ospedalieri e rinnovati programmi terapeutico-riabilitativi. Questo elaborato riguarderà il progetto di riorganizzazione assistenziale volto a garantire una buona qualità di vita per Bruna all'interno dell'Istituto. Partendo da una valutazione complessiva dell'ambiente, in collaborazione con il personale di assistenza e con Bruna stessa, si è sviluppato un programma che è stato via via ampliato, riveduto e corretto in relazione alle necessità dettate dal decorso clinico. Sono state studiate, ricercate ed adottate soluzioni sia strutturali (rampe di accesso, adattamenti del bagno, ecc.), sia per ciò che concerne la dotazione di ausili (carrozzina, calzature ortopediche, ecc.).*

Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico

Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich

1. Sintesi del progetto

La protagonista

Bruna, che attualmente ha poco più di 60 anni, venne ricoverata nel reparto di 'Anormali Psicichi' presso un Ricovero di Mendicità provinciale, gestito in gran parte da personale religioso, dall'età di 10 anni.

Ella trascorse qui, in buona salute, i primi 40 anni di vita collaborando alle attività domestiche e a quelle di ricamo e maglieria dimostrando buona abilità e conseguendo anche la licenza elementare.

Nel frattempo il Ricovero di Mendicità si trasformò in Casa di Riposo con l'inserimento progressivo di personale laico sempre più qualificato.

Tra gli anni '80 e '90 le Case di Riposo si trasformarono di nuovo in Istituto di Assistenza con il conseguente inserimento di figure sempre più professionalmente qualificate quali: psicologi, terapisti, educatori, infermieri professionali e istruttori di laboratorio.

Il reparto di 'Anormali Psicichi' venne suddiviso, in base all'omogeneità e alle patologie, in piccoli sottogruppi, Bruna venne inserita in un progetto di "*autogestione protetta*" e con altre 5 compagne andò a vivere in un appartamento situato all'ultimo piano dell'Istituto.

Qui per 15 anni Bruna trascorse, forse, il periodo migliore della sua vita: cominciò ad uscire da sola, strinse amicizie con persone al di fuori dell'Istituto, acquistò una buona manualità nella ceramica e nella tessitura, conseguì la licenza di scuola media inferiore.

Constatato il miglioramento delle sue condizioni psicofisiche, le venne proposto un definitivo rientro in famiglia che, al contrario di quanto ci si potesse attendere, la paziente rifiutò categoricamente cadendo in uno stato depressivo-isterico con gravi forme di somatizzazione.

Di lì a poco (a 55 anni circa), fu colpita da un'infezione da Erpes zoster con propensione alla cronicizzazione fino ad evolvere in algoneurodistrofia riflessa dell'arto inferiore sinistro.

Il dolore, continuo e insopportabile, presto costrinse Bruna in carrozzina e per lei iniziò un lungo periodo con frequenti ricoveri ospedalieri e rinnovati programmi terapeutico-riabilitativi.

Il piede sinistro con il passare del tempo tendeva sempre più a deformarsi in prono varo supinazione, la paziente ebbe ricorrenti episodi flebitici ed ulcere trofiche e il piede non fu più in grado di assicurare l'ortostatismo.

Il contesto

La donna, che alloggiava sempre nel piccolo appartamento dell'Istituto, inizia a vivere una situazione da invalida: stazionava in carrozzina, diventò dipendente nell'igiene (tre scalini rendevano impossibile l'accesso in bagno), cominciò a tendere all'astenia ed all'isolamento, quest'ultimo favorito anche dallo scarso spazio e dalle barriere architettoniche del piccolo appartamento.

Il caso di Bruna fu argomento di diverse discussioni in sede di Equipe Psicopedagogica, discussioni che videro coinvolto tutto il personale di assistenza e la stessa Bruna, in un programma di riorganizzazione assistenziale volto a garantire una buona qualità di vita all'interno dell'Istituto, programma che fu via via ampliato, riveduto e corretto in relazione alle necessità e al decorso clinico della paziente.

L'appartamento, in cui Bruna tuttora vive, è ubicato all'ultimo piano di un vecchio palazzo ed è fornito di ascensore; l'ingresso dell'appartamento è collocato in un atrio dove da una scala si accede ad un ampio terrazzo attrezzato; all'epoca degli esordi della malattia di Bruna l'accesso al terrazzo era possibile solo alle ospiti che non avevano problemi di deambulazione. Esse, nelle stagioni calde, vi sostavano volentieri.

Procedendo nell'ingresso sulla sinistra è collocata la stanza da bagno, all'epoca accessibile solo attraverso tre scalini, avanzando si arriva ad un piccolo corridoio dal quale si accede a 5 camere, ciascuna con due letti e infine l'appartamento termina con un ampio soggiorno che funge anche da sala da pranzo.

Obiettivi dell'intervento

Il primo obiettivo per cercare di migliorare la qualità di vita di Bruna fu quello di rendere più accessibile lo spazio abitativo per facilitare le manovre della carrozzina e per garantirle il massimo grado di agilità possibile all'interno del piccolo appartamento.

Ricollocando in modo diverso alcuni mobili si è creato un sufficiente spazio di manovra sia lungo il corridoio, sia in camera da letto, che nella sala da pranzo.

Per garantire a Bruna un agevole accesso al bagno ed al terrazzo sono stati necessari interventi strutturali più complessi.

Innanzitutto Bruna è stata trasferita nella camera da letto più vicina al bagno in modo da facilitare anche il personale di assistenza che, all'inizio, ha dovuto provvedere alla cura totale della donna.

La camera da letto assegnata a Bruna è stata quindi liberata da tutti gli ingombri ed è stata fornita di letto ortopedico a doppio snodo con materasso antidecubito e trapezio, in modo da agevolare i cambi posturali e la prevenzione di piaghe da decubito; il letto è stato appoggiato alla parete lasciando sgombro l'accesso a sinistra.

Per accedere alla stanza da bagno è stato necessario installare una rampa che, a causa del limitato spazio a disposizione, presentava una pendenza pericolosa; per ovviare a ciò ai lati della rampa sono stati collocati dei corrimano di protezione.

Una rampa è stata installata anche per l'accesso al terrazzo. Questo ha consentito a tutti gli ospiti dell'Istituto, compresi Bruna e tutti gli altri con problemi di deambulazione, di usufruire di uno spazio ricreativo molto ambito. L'accesso al terrazzo ha determinato un via vai di persone che ha reso l'ambiente più movimentato, meno isolato, più socializzante.

Le soluzioni proposte

Per aiutare Bruna a superare le difficoltà conseguenti alla malattia e agevolarla nel riappropriarsi della sua indipendenza si è fatto uso di ausili, cioè di strumenti che servono alle persone disabili (e a chi li aiuta) a fare ciò che altrimenti non sarebbero in grado di fare.

Gli ausili adottati nel programma assistenziale rivolto a Bruna sono stati scelti tenendo conto delle esigenze della paziente e degli obiettivi da raggiungere, riferendosi, per la scelta degli stessi, a quanto presente in letteratura (AA.VV., 1993) (Spagnolin, 1993) (Landi, Bernabei, 1996) (Andrich, 1996) (Andrich, 1998).

Sono stati utilizzati i seguenti ausili:

Protesi

- scarpe ortopediche su misura;

Ausili per la cura personale

- pannoloni;
- cateteri;
- sedia a comoda;
- WC rialzato con doccetta a pulsante;

Ausili per trasporto e locomozione

- carrozzina ad autospinta posteriore con cuscino antidecubito;
- deambulatore con appoggio ascellare;
- bastone con appoggio brachiale;

Ausili per l'adattamento della casa

- letto ortopedico a doppio snodo regolabile manualmente;
- materasso antidecubito ad aria;
- trapezio;
- vari supporti di appoggio a parete;
- rampe di accesso alla stanza da bagno e al terrazzo.

Sono ormai trascorsi circa 5 anni dall'esordio della malattia di Bruna e, nonostante le non poche difficoltà incontrate, grazie anche al programma assistenziale ella è tornata ad essere quella di prima: è in grado di assolvere a tutti gli impegni della quotidianità in modo indipendente; ha riacquisito la piena autonomia in tutte le ADL (Activities of Daily Living) e nelle IADL (Instrumental Activities of Daily Living) anche se, nella deambulazione, deve far uso di bastone e di scarpe ortopediche su misura [a dire il vero Bruna usa il bastone solo per un'ulteriore sicurezza principalmente quando esce dall'Istituto per affrontare gli ostacoli di cui è piena la città in cui vive: pavimentazioni stradali sconnesse, marciapiedi scivolosi, alti e stretti, ecc.].

Da qualche tempo l'Istituto ha dato la possibilità al gruppo che vive nell'appartamento insieme a Bruna di adottare un cagnolino (pet-terapy) ed è Bruna quella che maggiormente si dedica alla cura dell'animale portandolo spesso anche a passeggio.

L'unica difficoltà che le rimane è quella di non poter salire sui mezzi di trasporto pubblici (per ridotta flessione dell'anca e del ginocchio), ma Bruna sta già pensando che, appena avrà messo da parte la somma di denaro necessaria, acquisterà una City Car.

2. Premesse teoriche

Quando conobbi Bruna, agli inizi degli anni '80, eravamo coetanee; lei non era tanto diversa da me: io ero soltanto più scolarizzata, lei mi superava in tutte le abilità manuali e mi ha insegnato alcuni punti di ricamo e di maglieria.

Ho sempre pensato che Bruna fosse una vittima della povertà e dell'ignoranza: in un contesto familiare e sociale diverso avrebbe potuto vivere da persona normale.

Quando Bruna si ammalò fu più volte ricoverata presso l'ospedale cittadino, ma la vecchia diagnosi in seguito alla quale era stata internata in Istituto "*oligofrenia medio-grave in paziente lungamente istituzionalizzato*" influenzò negativamente il giudizio dei sanitari che non riuscirono a comprendere la vera natura del male e le diagnosi che ne seguirono non andarono oltre quelle di "*sindrome vertiginosa, arti inferiori edematosi e doloranti da viziata posizione in paziente con eretismo psichico non collaborante*".

Ben presto la sintomatologia dolorosa costrinse Bruna in carrozzina, successivamente subentrarono anche problemi vescicali con conseguente cateterizzazione.

La consapevolezza della sua situazione e quindi l'angoscia per il suo futuro, fecero cadere Bruna in uno stato di totale astenia e di grave depressione.

Io e tutti quelli che conoscevano bene Bruna, abbiamo sempre creduto che soffrisse veramente: anche le suore che la conoscevano da bambina escludevano l'isteria per cui con l'aiuto di queste abbiamo contattato un istituto specializzato del nord Italia, dove Bruna fu ricoverata e presa in cura per un lungo periodo di tempo.

All'uscita la diagnosi fu di "*algoneurodistrofia all'arto inferiore sinistro*".

L'*algoneurodistrofia* è un complesso di sintomi caratterizzato da dolore severo, tumefazione dei tessuti molli, disfunzione autonoma vasomotoria con conseguente impotenza funzionale dell'articolazione interessata.

Epidemiologicamente la malattia insorge, generalmente, tra i 30 e i 40 anni, ma sono segnalati anche casi in età pediatrica ed avanzata, nei maschi essa insorge prevalentemente negli adulti, mentre nelle femmine la fascia di età più colpita è quella pediatrica.

La malattia, generalmente, insorge a seguito di:

- Eventi traumatici di gravità variabile (dalla frattura ai microtraumi ripetuti) a carico di strutture scheletriche, articolari, rami nervosi o tessuti molli (circa il 50% dei casi, ma non è ben chiaro perché analoghi eventi traumatici inducano sindrome algodistrofica solo in alcuni casi);
- Immobilizzazione (ad. Es. ingessatura);
- Malattie del Sistema Nervoso centrale (SNC) e del Sistema Nervoso Periferico (SNP);
- Malattie cardiovascolari (specialmente trombosi coronariche, tromboflebiti);

- Malattie metaboliche ed endocrine (diabete, ipertiroidismo, ipertrigliceridemia);
- Malattie non traumatiche dell'apparato locomotore (infiammatorie, metaboliche, infettive, neoplastiche);
- Neoplasie (sindrome Paraneoplastica);
- Gravidanza (terzo trimestre) e post-partum;
- Farmaci (anti TBC e barbiturici);
- Interventi chirurgici;
- Manovre intra-articolari;
- Puntura arteriosa e venosa;
- Labilità psicologica, tendenza ad ansia e depressione.

Le forme idiopatiche (senza causa apparente) rappresentano circa 1/3 dei casi e di essi il 27% sono a carico degli arti superiori, il 43% a carico degli arti inferiori, il 75% di questi ultimi sono a carico delle anche.

I sintomi clinici sono estremamente variabili da paziente a paziente, a seconda della localizzazione, sia in relazione alle modalità d'esordio che all'intensità e alla durata della sintomatologia. Classicamente vengono descritte 3 fasi che, nella pratica clinica non sempre vengono riscontrate e che spesso si accavallano tra loro, per l'esistenza di forme incomplete e per la modificazione dell'evoluzione indotta dalle attuali terapie:

1. fase infiammatoria: è caratterizzata da dolore (associato a notevole impotenza funzionale) trafittivo/urente, continuo, esacerbato da movimento e carico, anche notturno, allodinia, iperpatia, sensibilità tattile e termica ridotta ("a guanto", "a calza"), modesta efficacia di analgesici e FANS, tumefazione, da modesta a pseudoflemmonosa, disturbi vasomotori (pallore, eritema, subcianosi), alterazioni cutanee, distrofia ungueale e degli annessi piliferi.
2. fase distrofica: compare dopo alcuni mesi (3-6), variabilmente in rapporto alla sede della malattia, è associata a cute fredda e lucida con perdita di elasticità, deficit funzionale articolare, da ispessimento e perdita di elasticità di guaine tendinee e capsula articolare, ipotrofia-contrattura muscolare, ispessimento e retrazione della fascia palmare o plantare;
3. fase atrofica: atrofia di cute e sottocute, contratture fasciali, muscolari e capsulari progressive ed irreversibili.

Dal momento che la diagnosi di algodistrofia è principalmente clinica, risulta indispensabile la valutazione del dolore, delle alterazioni vasomotorie (edema, variazioni della temperatura e del colore della cute), trofiche (cute pallida e lucida, alterazioni della morfologia e degli annessi cutanei) e delle retrazioni muscolari in quanto, in assenza di un intervento precoce e mirato, si stabilisce una progressiva riduzione dell'escursione articolare, globale e selettiva ed un progressivo deficit di forza fino alla completa limitazione funzionale dell'arto, con difficoltà nello svolgimento delle ADL (attività della vita quotidiana).

Il protocollo terapeutico è di tipo conservativo e prevede:

- terapia farmacologia (FANS, corticosteroidi, neurotrofici, bifosfonati);
- terapia fisica strumentale a scopo antalgico ed antinfiammatorio che si avvale dell'uso di campi magnetici pulsati, della elettroterapia antalgica ed dell'ultrasuonoterapia per circa 4 settimane;
- ginnastica vascolare con idroterapia calda/fredda e drenaggio linfatico manuale;
- trattamento chinesiterapico: con una mobilizzazione passiva ed attiva che non si deve limitare solo alle articolazioni più prossime alla zona coinvolta, ma deve interessare tutte le articolazioni dell'arto coinvolto (per es. se trattasi di mano bisogna agire anche sul rachide cervicale che spesso, per un concomitante atteggiamento antalgico, risulta compromesso nella sua funzionalità);
- rieducazione propriocettiva finalizzata alla inibizione dei nocicettori ed al riequilibrio di tutti i recettori periferici. Questo trattamento è mirato all'innalzamento della soglia del dolore ed al ripristino della coscienza della posizione nello spazio delle varie strutture muscolotendinee e legamentose implicate nel movimento e danneggiate dal pregresso trauma;
- sostegno psicologico;

- terapia occupazionale.

Il trattamento è sempre personalizzato sul singolo paziente. Talvolta si rende necessario, per il persistere dell'intensa sintomatologia algica, associare interventi terapeutici alternativi, quali il blocco selettivo del simpatico, blocchi anestetici che consentono nelle ore successive una mobilitazione passiva continua (CPM) indolore, che aiuta il paziente a superare se pur temporaneamente la paura del dolore esacerbato dal movimento.

La tempestività di un adeguato approccio diagnostico e terapeutico può evitare un'evoluzione sfavorevole della sindrome algodistrofica che può anche determinare una completa rigidità delle articolazioni.

Un'algodistrofia trattata al I stadio (fase infiammatoria) si risolve con una guarigione completa, mentre al II (fase distrofica) e al III stadio (fase atrofica) malgrado i trattamenti terapeutici, permangono spesso esiti che inficiano la funzionalità dell'arto interessato.

Il successo del trattamento non dipende tanto dalla gravità del trauma subito, quanto dalla tempestività nella diagnosi che consente di impostare da subito un adeguato programma terapeutico anche attraverso la stretta collaborazione delle varie figure professionali (ortopedico, fisiatra, fisioterapista, psicologo) che concorrono alla risoluzione del quadro clinico. (Rizzi M., 2003) (Cantatore F., 2008).

L'utilizzo di ausili, quali quelli elencati nelle pagine precedenti, nei soggetti affetti da questa patologia costituisce un valido aiuto durante il decorso della malattia sia per favorire la mobilità in autonomia del paziente, sia per ridurre i tempi di recupero.

Aver collaborato a questo caso è stato per me oltre che un'interessante esperienza professionale anche un'importantissima e fondamentale esperienza umana.

3. Quadro clinico

Bruna, che attualmente ha quasi 60 anni, iniziò ad accusare i primi sintomi della malattia quando non ne aveva ancora compiuti 55; questa ebbe esordio con sintomatologia dolorosa acuta ed ingravescente.

Dopo ripetuti indagini ed esami si giunse alla diagnosi di *"Sindrome Algoneurodistrofica Riflessa dell'arto inferiore sinistro"*.

Al rientro in Istituto Bruna non era più in grado di deambulare perché il piede sinistro si era deformato in prono-varo-equino-supinato, edematoso, flebitico, con ulcere trofiche, non consentendo alla paziente di mantenere la stazione eretta.

Tutto ciò la costrinse ad una completa dipendenza dagli operatori sia per gli spostamenti sia per la cura e i bisogni della sua persona.

Bruna trascorse il primo periodo dopo il ricovero tra letto, sedia a rotelle, analgesici e terapie antalgiche (TENS elettrostimolazione transcutanea delle fibre nervose mielizzate della sensibilità tattile).

Le non poche difficoltà incontrate durante la scelta delle soluzioni da adottare sono state superate sia grazie al costante lavoro di Equipe che ha visto coinvolte tutte le figure professionali che cooperano all'interno dell'Istituto, sia con l'aiuto di Bruna cui sono state fornite informazioni teorico-pratiche sui vari ausili e che ha fornito un supporto fondamentale nella scelta e nella valutazione delle soluzioni a lei più confacenti.

Si è pertanto proceduto a riorganizzare la vita di Bruna all'interno dell'Istituto al fine di ripristinare una sua maggiore autonomia e sicurezza e per farla riappropriare della propria indipendenza.

4. Contesto

All'età di 10 anni, Bruna, primogenita di 4 figli, venne ricoverata nel reparto di 'Anormali Psichici' presso la Casa di Riposo di una città del meridione.

Proveniva da una famiglia residente in un paesino di alta montagna e, forse, furono le condizioni di estrema povertà in cui la famiglia versava la vera causa del ricovero della bambina.

Bruna non era mai stata scolarizzata e la diagnosi all'ingresso, forse a giustificazione del ricovero fu molto severa "Oligofrenia medio-grave", diagnosi che, a posteriori, possiamo certamente giudicare errata non trovando corrispondenza alle reali condizioni della ragazza, ma che la marchierà a vita.

I rapporti con la famiglia si sono mantenuti, ma in maniera incostante, con la madre c'è sempre stata una dipendenza fobica che spesso si convertiva in forme isterico-somatiche, tanto che Bruna rientrava in famiglia di rado e malvolentieri: a mio modesto parere Bruna non ha mai perdonato alla madre di averla rinchiusa in un istituto.

Nell'Istituto la giovane trascorre i suoi primi 40 anni assistita prevalentemente da personale religioso e in compagnia di ragazze di estrazione sociale simili alla sue, ma di età e livelli cognitivi diversi.

Le suore si resero subito conto delle discrete capacità cognitive della ragazza che, insieme ad altre compagne, venne scolarizzata fino al conseguimento della licenza media.

Bruna dimostrò da subito un carattere mite e servizievole con note di marcata timidezza.

In Istituto frequentò i laboratori di ricamo e maglieria dove dimostrò doti e abilità raggiungendo ottimi risultati tanto che i suoi prodotti vennero commissionati e venduti all'esterno.

La ragazza venne anche impiegata in attività di riordino, pulizia degli ambienti e come aiutante delle pazienti più piccole.

Le venne data la possibilità, con altre 4 compagne, di vivere autogestendosi in un piccolo appartamento all'interno dell'Istituto.

Questa forma di "autogestione protetta" contribuì alla crescita personale di tutte le pazienti, due di esse si sposarono, Bruna riuscì a vincere anche l'esagerata timidezza che la contraddistingueva e a stringere amicizie anche all'esterno dell'Istituto, frequentando con successo il laboratorio di tessitura e di ceramica ed acquistando in proprio una macchina per maglieria.

Si è appassionata anche allo studio della musica, ma in questo campo i risultati sono stati scarsi.

5. Contatto iniziale

Quando Bruna, dimessa dall'istituto specializzato, tornò presso di noi, non era più in grado di camminare.

Già prima del suo rientro in Equipe Psicopedagogia si era concordato di reinserirla nell'ambiente a lei più familiare (il piccolo appartamento all'ultimo piano dell'Istituto ove aveva vissuto con le compagne).

Ciò, indubbiamente, determinava un aumento del carico di lavoro del personale di assistenza giacché la dipendenza della paziente era totale sia per gli spostamenti sia per la cura e i bisogni personali.

Il programma di riorganizzazione assistenziale, discusso, concordato, condiviso e via via riveduto e corretto in relazione alle necessità e al decorso clinico da tutto il personale di assistenza, è stato la chiave di volta che ha portato ad una buona riuscita dell'intervento sulla donna.

In questo ambiente a lei familiare si è sentita presa in cura, amata, consolata, aiutata nella ricerca delle soluzioni e dei rimedi possibili dei suoi disagi.

6. Obiettivi del progetto

Il programma riabilitativo al quale hanno partecipato tutte le figure che operano all'interno dell'Istituto (fisioterapisti, medici, educatori, assistenti, infermieri, musicoterapeuti, istruttori di laboratorio, operatori socio-sanitari, tecnici addetti alla manutenzione e, in prima persona, Bruna stessa) si proponeva di garantire alla donna i seguenti obiettivi:

- un ambiente sereno e familiare (supporto psicologico irrinunciabile al fine di motivarla nel riappropriarsi della propria indipendenza);
- una buona mobilità all'interno del piccolo appartamento;
- prevenire ulteriori complicanze (piaghe da decubito, osteoporosi da scarso movimento, disturbi circolatori e renali, ecc.);

- agevole effettuazione dell'igiene personale;
- accettazione e capacità d'uso degli ausili e delle tecniche di facilitazione in tutti i momenti della quotidianità.

Se il programma non avesse avuto successo Bruna avrebbe rischiato di trascorrere il resto della sua vita in carrozzina e in un ambiente ad alta assistenza.

7. Articolazione del progetto

La scoperta, da parte di Bruna, dell'essere in grado, con l'aiuto degli ausili, di poter svolgere, anche se parzialmente, determinate azioni, ha favorito in lei un atteggiamento positivo fondamentale per il suo miglioramento.

Le è stato fornito un letto ortopedico a doppio snodo, con materasso ad aria a pressione alternata per prevenire le piaghe da decubito e per farle assumere posizioni declive agli arti inferiori.

Alla testata del letto è stato applicato un trapezio che la donna utilizza per sollevarsi, girarsi e sedersi.

Sulla parete a fianco della testata è stato installato un maniglione di appoggio che Bruna utilizza per alzarsi dalla carrozzina, coricarsi e viceversa.

Per assicurare alla donna la mobilità all'interno del piccolo appartamento le è stata fornita (dal nostro magazzino) una carrozzina pieghevole ad autospinta in grado sia di passare attraverso le porte sia di assicurarle il massimo del confort; la carrozzina è stata accessoriata con cuscino antidecubito.

Sempre dal nostro magazzino abbiamo prelevato una sedia 'a comoda' che abbiamo usato fintanto che la stanza da bagno non è stata resa accessibile.

All'inizio del progetto riabilitativo Bruna ha fatto uso di cateteri e di pannoloni forniti dall'Istituto.

Con il passare del tempo le condizioni della donna sono andate via via migliorando, Bruna ha ripreso a camminare utilizzando un deambulatore con ascellari (il deambulatore fa parte del materiale in dotazione alla palestra) e scarpe ortopediche su misura; con il passare del tempo il deambulatore è stato sostituito da un bastone con appoggio brachiale.

La donna ha acquistato un telefono cellulare con il quale mantiene i rapporti con l'esterno.

Per rendere accessibile la stanza da bagno è stato necessario innanzi tutto installare una rampa per superare i tre gradini all'ingresso, questa rampa presenta una marcata pendenza che non può essere modificata a causa di uno spazio troppo ridotto e quindi si è pensato di renderla più sicura fornendola di corrimano da ambo le parti (uno attaccato alla parete l'altro montato su una piccola ringhiera)

La stanza da bagno era già accessoriata con box doccia ma, è stato necessario livellare il piatto doccia al pavimento, installare all'interno del box un sedile reclinabile a parete e un maniglione di appoggio.

E' stato installato un WC-bidet rialzato che, in combinazione con un miscelatore termoscopio e doccia a pulsante dotata di flessibile, funge anche da bidet.

Nella stanza sono stati montati maniglioni di appoggio ai lati del lavabo e del WC.

8. Risultati previsti o riscontrati

Le aspettative di Bruna erano quelle di ritornare ad essere autonoma nelle A.D.L. e nelle I.A.D.L. e i risultati sono stati per lei più che soddisfacenti.

Medesime erano le aspettative di tutti gli operatori, me compresa, coinvolti nel programma riabilitativo.

Il ruolo della fisioterapista nel programma riabilitativo è stato, oltre quello fondamentale della scelta degli ausili, dell'addestramento all'uso degli stessi, della riorganizzazione dell'ambiente vita, anche quello di sottoporre la paziente ad un protocollo terapeutico con interventi quotidiani di chinesiterapia per impedire retrazioni, anchilosi, atteggiamenti e posture viziate, osteoporosi, e garantire, nel contempo, un buon trofismo muscolare, streccing rivolto soprattutto ai muscoli che più facilmente vanno incontro a retrazioni (ischiocurali, flessori delle anche, adduttori, flessori plantari,

etc.), potenziamento dell'emisoma controlaterale alla lesione, drenaggio linfatico manuale, idroterapia, rieducazione propriocettiva, training di rieducazione al passo. A scopo antalgico sono stati effettuati cicli di terapia fisica –strumentale quali T.E.N.S., magnetoterapia, pressoterapia, elettroterapia e ultrasuonoterapia.

Tutto questo supportato anche da un forte sostegno psicologico da parte di tutti gli operatori, ha permesso un buon recupero motorio e funzionale: oggi Bruna riesce a deambulare in piena autonomia e sicurezza (fa uso di scarpe ortopediche su misura), non fa più uso di cateteri e pannoloni, nella sua camera è stato riposizionato il vecchio lettino, la carrozzina e la sedia 'a comoda' sono state riutilizzate per altri degenti.

La stanza da bagno è rimasta così come l'avevamo accessoriata, ma oggi Bruna fa la doccia da sola senza assistenza.

9. Relazione tecnica

Letto ortopedico

Letto ortopedico in acciaio cromato a doppio snodo regolabile con manovella e ruote piroettanti. Consente una più confortevole posizione e cambi posturali più corretti, agevolando anche il personale di assistenza.

Codice nomenclatore tariffario:181207006

Prezzo € 366,00 + IVA 20%

Marchio Invacare

Modello Bologna

Distributore Invacare Mecc San srl

Materassino antidecubito

Materassino ad aria antidecubito con compressore alternato: in PVC, atossico, anallergico, lavabile, idoneo alla prevenzione di decubiti.

Codice nomenclatore tariffario:033306018

Prezzo €197,00 +IVA 20%

Marchio Invacare

Modello Liber L803 Eskal L893

Distributore Invacare Mecc San srl

Scheda portale SIVA n°13971

Trapezio (alzamalato ad innesto)

Consente una salda presa per agevolare gli spostamenti nei cambi posturali (da prono a seduto, decubiti laterali etc) in particolar modo consente il sollevarsi dal letto senza grosso impegno anche per il personale di assistenza

Codice nomenclatore tariffario:123009103

Prezzo €120,00 +IVA 20%

Marchio Invacare

Modello

Distributore Invacare Mecc San srl

Carrozzina pieghevole ad autospinta posteriore

Carrozzina di medie dimensioni (trasportabile in un bagagliaio di un'utilitaria), buona maneggevolezza e manovrabilità, telaio in alluminio, braccioli estraibili, appoggiatesta estraibili e ribaltabili, adatta anche per uso esterno. Consente alla paziente di spostarsi in autonomia all'interno dell'Istituto.

Codice nomenclatore tariffario: 122106039

Prezzo € 440,00 +IVA 4%

Marchio O S D

Modello Millennium II

Distributore O.S.D. Orthosanit diffusion SpA
Scheda portale SIVA n°16216

Sedia 'a comoda'

Di agevole manutenzione, con ruote piroettanti, braccioli ribaltabili, vaschetta raccoglitrice estraibile. Consente il mantenimento del controllo sfinterico evitando l'uso e il consumo dei pannoloni

Codice nomenclatore tariffario:122103003

Prezzo €215,00 + IVA 4%

Marchio Mecc San

Modello 10/154

Distributore Invacare Mecc San srl

Scheda portale SIVA n°1765

Cuscino antidecubito

In viscoelastico compatto e poliuretano, consente una distribuzione uniforme delle pressioni durante la seduta assicurando una normale circolazione e prevenendo decubiti da prolungata posizione

Codice nomenclatore tariffario:033303009

Prezzo € 146,00 +IVA 20%

Marchio Invacare

Modello Dune C 333

Distributore Invacare Mecc San srl

Scheda portale SIVA n°13967

Deambulatore con appoggio ascellare

Telaio in alluminio, ascellari imbottiti, ruote piroettanti adatto soprattutto nella fase iniziale della rieducazione al passo in quanto assicura una maggiore stabilità e sicurezza.

Codice nomenclatore tariffario:120609003

Prezzo € 190,00 +IVA 4%

Marchio Invacare

Modello Sintesi

Distributore Invacare Mecc San srl

Scheda portale SIVA n°18421

Calzature ortopediche su misura per deformità complesse con plantare

Le calzature sono state concesse dalla A.S.L. di appartenenza seguendo la normale procedura di seguito riportata:

- richiesta di visita specialistica da parte del Medico di base;
- prescrizione dello specialista (Ortopedico o Fisiatra in questo caso);
- autorizzazione della A.S.L.;
- fornitura;
- collaudo.

Le caratteristiche delle calzature sono:

- telaio alto da cm.15 a cm.25;
- plantare modellato;
- suola e tacco antidrucciolo;
- conformi a quanto previsto dagli artt.5 comma 6 e comma 2 del D.M. 28/12/1992.

Prezzo € 900.00 +IVA 4 %

Sedile per doccia

Montato a parete, reclinabile, stabile, braccioli ribaltabili, con apertura centrale per assicurare una corretta igiene anche intima.

Prezzo €205,00 + IVA 20%

Marchio Givas

Modello 70 82 A

Distributore Givas srl
Scheda portale SIVA n°2708

Supporti di appoggio a parete (n. 5)

Di varia lunghezza (cm.50-70-90)

Prezzo dai €55 a € 65 + IVA 20%

(Schede tratte da Banca dati SIVA)

10. Programma operativo per la realizzazione dell'intervento

Prima che Bruna rientrasse definitivamente in Istituto, è stato necessario predisporre gli ausili essenziali per limitare al massimo le condizioni di dipendenza in cui la donna versava.

Ho verificato personalmente le condizioni di praticabilità del piccolo appartamento che l'avrebbe ospitata intervenendo per eliminare alcuni mobili e dislocarne diversamente altri.

È stato ampliato lo spazio per il passaggio e per le manovre della carrozzina; nella camera da letto il lettino è stato sostituito con un letto ortopedico fornito di materassino antidecubito e alzatolato ad innesto (detti ausili facevano parte degli arredi dell'Istituto).

Per gli interventi strutturali e per la scelta degli altri ausili ho preferito che la scelta avvenisse a conclusione di uno studio che tenesse conto delle specifiche esigenze di Bruna, del personale di assistenza, dell'ambiente domiciliante e anche della dimensione economica.

La carrozzina, la sedia 'a comoda', il cuscino antidecubito, il deambulatore con appoggio ascellare sono stati reperiti dal magazzino dell'Istituto.

Gli ausili per la stanza da bagno e le due rampe di accesso sono state realizzate con fondi dell'Istituto.

Le calzature ortopediche sono state fornite dalla ASL di appartenenza.

Il bastone con appoggio brachiale è stato acquistato in proprio dalla donna in quanto esso non viene contemplato nel nomenclatore tariffario.

11. Piano economico

Tenterò di analizzare il costo sociale complessivo del progetto, prendendo in considerazione un arco temporale di 5 anni corrispondente alla durata complessiva del progetto, tenendo conto della totalità delle risorse impiegate e di tutti gli attori coinvolti.

Per eseguire l'analisi mi avvarrò del modello SCAI (Siva Cost Analysis Instrument). (Andrich R., 2008).

Il progetto è stato realizzato in un Istituto che presta assistenza socio-sanitaria per cui i costi di acquisto, installazione e manutenzione sono completamente a carico della struttura.

Il modello prevede la compilazione di moduli, di un foglio elettronico, che vengono di seguito riportati.

SCAI 2002
(Siva Cost Analysis Instrument)
Programma di intervento

Utente
BRUNA
Diagnosi
Invalidità motoria a causa di ALGONEURODISTROFIA successiva a infezione da Erpes zoster
Anamnesi personale e familiare
Ricoverata in Istituto a 10 anni con diagnosi di "Insufficienza mentale medio grave"
Obiettivi del programma
Restituire alla paziente autonomia nella A.D.L. e nelle I.A.D.L.
Evoluzione probabile in assenza di interventi
Costrizione in carrozzina e dipendenza per le A.D.L. e I.A.D.L.
Risultati previsti a livello individuale
Riconquista della propria autonomia
Risultati previsti a livello della famiglia o della rete primaria
Famiglia completamente assente
Risultati previsti a livello degli operatori
Miglioramento delle condizioni generali, benessere psico-fisico, riconquista dell'autonomia
Risultati previsti a livello della comunità
Riconquista dell'autonomia da parte di Bruna

N.B.: Per il calcolo dei costi si assume che il non intervento determini che la paziente sia costretta per tutto l'intervallo temporale considerato (5 anni) alla lungodegenza con assistenza continua totale. I costi di tale assistenza sono riportati nelle tabelle relative al "Letto ortopedico con materasso antidecubito", "Carrozzina pieghevole", "Trapezio" e "Sedia a comoda" alla voce <costi sociali non intervento>.

SCAI 2002 (Siva Cost Analysis Instrument) Sequenza degli Interventi

Utente **BRUNA**

N.Int.	Problema	soluzioni significative	UT	OP	SC	anno inizio	durata clinica	durata tecnica
--------	----------	-------------------------	----	----	----	----------------	-------------------	-------------------

1	Migliorare l'autonomia con adattamenti della casa	Accessibilità e modifiche della stanza stanza da bagno		x	x	1	5	20
		Letto ortopedico con materasso antidecubito		x	x	1	4	20
		Installazione supporti di appoggio a parete		x	x	1	5	20
		Trapezio		x	x	1	4	20

2	Mobilità	Carrozzina pieghevole ad autospinta		x	x	1	3	6
		Deambulatore con appoggio ascellare		x	x	3	2	10
		Bastone con appoggio brachiale		x	x	3	3	10

3	Deambulazione	Scarpe ortopediche		x	x	3	3	1

4	Cura personale	Sedia a comoda		x	x	1	2	10
		Pannoloni e cateteri		x	x	1	1	1
		WC rialzato con doccetta a pulsante		x	x	3	3	10
		Sedile per doccia		x	x	3	3	5

UT > preferenza inizialmente espressa dall'utente
 OP > preferenza inizialmente espressa dall'operatore
 SC > soluzione scelta
 Anno inizio > Anno (1°, 2° ecc...) nel quale la soluzione è entrata effettivamente in funzione
 Durata clinica > numero di anni per i quali la soluzione considerata è utile
 Durata tecnica > numero di anni per i quali l'ausilio può funzionare prima di essere sostituito

Valorizzazione dei costi di assistenza	Livello assistenziale	costo orario	spesa oraria
	A (non richiede prestanza fisica)	25	
	B (richiede buona prestanza fisica)	30	
	C (richiede qualificazione professionale)	35	

SCAI 2002
(Siva Cost Analysis Instrument)
Costi complessivi del programma

utente

BRUNA

		costi sociali intervento	costi sociali non intervento	spese utente	spese Ente Istituto	spese Ente ASL
Anno 1	investimento	1.714				
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	25.800	42.300		25.800	
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	21.600	42.300		21.600	
Anno 3	investimento	1.176		50	190	936
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	32.250	42.300		32.9050	
Anno 4	investimento	936				936
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	14.550	42.300		14.550	
Anno 5	investimento	936				936
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		42.300			

-VALORE RESIDUO

235

	<i>Costo Intervento</i>	<i>C. non intervento</i>	<i>Spesa utente</i>	<i>Spesa ente</i>	<i>Spesa ente</i>
TOTALI	98.727	211.500	50	94.390	2.808

**COSTO SOCIALE
AGGIUNTIVO**

-112.773,2 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		BRUNA		Durata clinica		5
soluzione scelta		Letto ortopedico con materasso antidecubito ¹		Durata tecnica		5
		costi sociali		costi sociali		spese
		costi sociali		spese		spese
		intervento		non intervento		utente
		intervento		non intervento		Istituto
		intervento		non intervento		ASL
Anno 1	investimento	636				
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	14.400	19.650		14.400	
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	14.400	19.650		14.400	
Anno 3	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	14.400	19.650		14.400	
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	7.200	19.650		7.200	
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		19.650			

-VALORE RESIDUO

100

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	50.936	98.250		50.400	

COSTO SOCIALE
AGGIUNTIVO

-47.314 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B	60	30	10	14.400	0
vento	livello C				0	0
					7.200	0
Senza	livello A					0
inter-	livello B	60	30	10	14.400	0
vento	livello C	30	20	5	5.250	0
					19.650	0

¹ Letto utilizzato per i primi 4 anni (i primi 3 e ½ con assistenza), poi sostituito da letto normale.

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		BRUNA			Durata clinica		3
soluzione scelta		Carrozzina pieghevole ad autospinta ²			Durata tecnica		6
		costi sociali		costi sociali	spese	spese	spese
		intervento	non intervento	utente	Istituto	Asl	
Anno 1	investimento	458					
	esercizio						
	servizi						
	assistenza	7.200	19.500		7.200		
Anno 2	investimento						
	esercizio						
	servizi						
	assistenza	7.200	19.500		7.200		
Anno 3	investimento						
	esercizio						
	servizi						
	assistenza		19.500				
Anno 4	investimento						
	esercizio						
	servizi						
	assistenza		19.500				
Anno 5	investimento						
	esercizio						
	servizi						
	assistenza		19.500				

-VALORE RESIDUO

100

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	14.758	97.500		14.400	

**COSTO SOCIALE
AGGIUNTIVO**

-82.742 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B	30	30	10	7.200	0
vento	livello C				0	0
				totale	7.200	0
Senza	livello A	30	120	10	19.500	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C				0	0
				totale	19.500	0

² Utilizzata solo per i primi 2 anni (con assistenza), poi la paziente ha ripreso a camminare con deambulatore.

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		BRUNA		Durata clinica		3	
soluzione scelta		Scarpe ortopediche ³		Durata tecnica		1	
		costi sociali		costi sociali		spese	
		intervento		non intervento		spese	
				utente		Istituto	
						Asl	
Anno 1	investimento						
	esercizio						
	servizi						
	assistenza						
Anno 2	investimento						
	esercizio						
	servizi						
	assistenza						
Anno 3	investimento	936					936
	esercizio						
	servizi						
	assistenza	14.700				14.700	
Anno 4	investimento	936					936
	esercizio						
	servizi						
	assistenza	7.350				7.350	
Anno 5	investimento	936					936
	esercizio						
	servizi						
	assistenza						

-VALORE RESIDUO 0

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	24.858	97.500		22.050	2.808

COSTO SOCIALE AGGIUNTIVO 24.858 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	60	10	14.700	0
		totale			14.700	0
Senza	livello A					0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C				0	0
		totale			0	0

³ Utilizzate dal 3° anno quando la paziente ha ricominciato a camminare con l'ausilio del deambulatore (il primo anno e ½ di utilizzo hanno richiesto assistenza).

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		Bruna		Durata clinica		4
soluzione scelta		Trapezio ⁴		Durata tecnica		20
		costi sociali	costi sociali	spese	spese	spese
		intervento	non intervento	utente	Istituto	Asl
Anno 1	investimento	120				
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	2.100	3.150		2.100	
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		3.150			
Anno 3	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		3.150			
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		3.150			
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		3.150			

-VALORE RESIDUO

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	2.220	15.750		2.100	

**COSTO SOCIALE
AGGIUNTIVO**

-13.530	(costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)
----------------	--

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	5	5	2.100	0
				totale	2.100	0
Senza	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	10	5	3.150	0
				totale	3.150	0

⁴ Utilizzato per i primi 4 anni (il primo con assistenza) unitamente al letto ortopedico.

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente soluz.alternativa		Bruna		Durata clinica		2
		Sedia a comoda ⁵		Durata tecnica		10
		costi sociali	costi sociali	spese	spese	spese
		intervento	non intervento	utente	Istituto	Asl
Anno 1	investimento	215			215	
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	3.150	5.250		3.150	
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		5.250			
Anno 3	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		5.250			
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		5.250			
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza		5.250			

-VALORE RESIDUO 30

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	3.335	26.250		3.365	

COSTO SOCIALE AGGIUNTIVO -22.915 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	10	5	3.150	0
				totale	3.150	0
Senza	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	20	5	5.250	0
				totale	5.250	0

⁵ Utilizzato per i primi 2 anni (il primo con assistenza) fintanto che il bagno non è stato reso accessibile.

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		Bruna		Durata clinica		5
soluzione scelta		Installazione supporti di appoggio a parete		Durata tecnica		20
		costi sociali		spese		spese
		costi sociali		spese		spese
		non intervento		utente		Asl
		intervento				
Anno 1	investimento	500				
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	2.100			2.100	
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 3	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					

-VALORE RESIDUO 0

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	2.600			2.100	

COSTO SOCIALE AGGIUNTIVO 2.600 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	5	5	2.100	0
		totale			2.100	0
Senza	livello A					0
inter-	livello B					0
vento	livello C					0
		totale			0	0

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		Bruna		Durata clinica		3
soluzione scelta		Bastone con appoggio brachiale ⁶		Durata tecnica		10
		costi sociali		spese		spese
		costi sociali		spese		spese
		intervento		utente		Istituto
		non intervento				Asl
Anno 1	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 3	investimento	50		50		
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					

-VALORE RESIDUO 5

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	45		50		

COSTO SOCIALE AGGIUNTIVO 45 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C				0	0
		totale			0	0
Senza	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C				0	0
		totale			0	0

⁶ Utilizzato dal 3° anno.

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		Bruna		Durata clinica		2
soluzione scelta		Deambulatore con appoggio ascellare ⁷		Durata tecnica		10
		costi sociali		spese		spese
		costi sociali		spese		spese
		intervento		utente		Asl
Anno 1	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 3	investimento	190			190	
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	3.150			3.150	
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					

-VALORE RESIDUO 30

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	3.310			3.340	

COSTO SOCIALE AGGIUNTIVO 3.310 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	30	10	5	3.150	0
		totale			3.150	0
Senza	livello A					0
inter-	livello B					0
vento	livello C					0
		totale			0	0

⁷ Utilizzato il 3° (con assistenza) ed il 4° anno.

SCAI 2002

(Siva Cost Analysis Instrument)

Analisi dei costi del singolo intervento

utente		Bruna		Durata clinica		3
		Sedile per doccia ⁸		Durata tecnica		5
soluz.alternativa						
		costi sociali	costi sociali	spese	spese	spese
		intervento	non intervento	utente	Istituto	Asl
Anno 1	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 2	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 3	investimento	205			205	
	esercizio					
	servizi					
	assistenza	1.400			1.400	
Anno 4	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					
Anno 5	investimento					
	esercizio					
	servizi					
	assistenza					

-VALORE RESIDUO

20

	Costo Intervento	C. non intervento	Spesa utente	Spesa ente	Spesa ente
TOTALI	1.585			1.605	

**COSTO SOCIALE
AGGIUNTIVO**

1.585 (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

	Assistenza	azioni/mese	minuti/azione	m.viaggio/attesa	costo annuo	spesa annua
Con	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C	20	5	5	1.400	0
		totale			1.400	0
Senza	livello A				0	0
inter-	livello B				0	0
vento	livello C				0	0
		totale			0	0

⁸ Utilizzato il 3° (con assistenza), 4° e 5° anno.

12. Metodologia della proposta

Il corso di perfezionamento da me frequentato nell'anno 2008, dopo circa 30 anni di attività lavorativa come fisioterapista, mi ha molto aiutata nel codificare quelle intuizioni che io avevo dedotto dalle mie esperienze, consentendomi di organizzare un sistema procedurale più efficace.

Se l'esperienza con Bruna l'avessi affrontata oggi avrei ben distinto le 4 fasi necessarie per la scelta degli ausili (progettazione, decisione, attuazione, verifica) (Andrich 1996).

Tuttavia, anche se empiricamente e senza averne piena cognizione, durante il programma riabilitativo sviluppato per Bruna, le fasi di progettazione, decisione, attuazione e verifica, sono state tutte effettuate.

Il corso pertanto è stato particolarmente utile nel fornirmi le basi per la creazione di una procedura cui attenermi in futuro.

13. Bibliografia

- A.A. V.V. (1993): *Introduzione alla terapia occupazionale nelle persone anziane* (Atti del corso) Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore
- Andrich R. (1996): *Consigliare gli ausili*. Milano: Pro Juventute
- Andrich R. (1988): *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute
- Andrich R (2008): *Progettare per l'Autonomia – Ausili e ambiente per la qualità della vita*. Firenze: Giunti OS.
- *Portale SIVA* degli ausili tecnici per la riabilitazione, l'autonomia e l'integrazione sociale. Copyright Fondazione don Carlo Gnocchi. www.portale.siva.it
- Cantatore F. (2008): *L'algodistrofia dell'arto inferiore nelle immobilizzazioni prolungate*. Atti del 9° convegno scientifico dell'Associazione Pugliese Lucana Ortopedici e Traumatologi Ospedalieri (APLOTO). Manfredonia (FG), 24 ottobre 2008. [in www.aploto.it].
- Landi F., Bernabei R. (1996): *La riabilitazione funzionale e terapia occupazionale in geriatria*. Roma: Università Cattolica del Sacro Cuore
- Rizzi M. (2003): *L'algodistrofia*. Atti del convegno <Razionale d'uso in pratica clinica dei bisfosfonati per os e iniettivi in terapia dell'osteoporosi> del Gruppo Italiano per lo studio dei Bisfosfonati (GIBIS). Ponte di Brenta (PD), 22 ottobre 2003. [in www.gibis.org].
- Spagnolin G (1993): *La carrozzina: scelta, personalizzazione ed uso*. Milano: Ghedini