



Università Cattolica
del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze
della Formazione



Fondazione Don Carlo Gnocchi - ONLUS
Centro I.R.C.C.S. "S. Maria Nascente"

Corso di perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**

Anno accademico 1998/1999

**Progetto per la istituzione di un centro di
documentazione e consulenza ausili nella
Azienda Sanitaria Locale n°9
Area Grossetana**

CDA Grosseto

Candidata: Rita Castagna

***Abstract:** La candidata predispose un progetto esecutivo di un centro di documentazione e consulenza ausili pubblico al servizio della provincia di Grosseto. A partire da una rilevazione statistica dei bisogni presumibili si arriva ad una previsione di assegnazione di risorse umane e materiali. L'ultima parte del lavoro analizza costi e benefici arrivando qualitativamente alla conclusione della assoluta convenienza sociale della istituzione del Centro.*

Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich
Tdr. Massimo Ferrario

1. INTRODUZIONE

La candidata ha scelto questo argomento di discussione in quanto è una dipendente della ASL 9 Regione Toscana con funzioni di terapeuta della riabilitazione e, essendo quasi quotidianamente a contatto con pazienti temporaneamente o permanentemente disabili, ha rilevato gravi carenze di informazione negli utenti i quali molto spesso fanno riferimento a tecnici e strutture esterne aventi una ragione sociale di tipo economico-commerciale, dove peraltro ricevono consulenze non sempre disinteressate e talvolta non appropriate .

Ciò comporta spesso numerosi viaggi lunghi e disagiati per una utenza strutturalmente debole e degna di maggior attenzione da parte della struttura pubblica.

D'altronde anche negli operatori (sanitari, scolastici, socio-assistenziali, degli enti locali ecc..) si riscontra scarsa informazione e difficoltà nel reperimento delle informazioni specifiche dovuta alla mancanza o alla mancata conoscenza di canali agevoli di accesso alle strutture più accreditate a fornire informazioni corrette.

Pertanto la candidata proporrà alla attenzione della Direzione sanitaria lo allegato progetto per un centro di consulenza e gestione ausili che avrà grande rilevanza sociale nella misura in cui verrà dotato di risorse materiali ed umane appropriate e soprattutto nelle motivazioni del personale che vi verrà preposto.

In ogni servizio pubblico di nuova istituzione, infatti, il superamento delle difficoltà organizzative inevitabili (reperimento attrezzature, locale, personale) confligge interessi già consolidati per cui è necessaria molta attenzione e sensibilità negli organi preposti (Direzione Sanitaria Direzione Generale A.S.L) per attivare un servizio che è altresì un indice di progresso di una provincia che tende ad integrarsi con le zone più progredite della regione.

Successivamente la candidata tenterà una analisi economica dei costi e dei benefici del servizio senza alcuna pretesa di precisione ma solo nell'ottica di dimostrare come il servizio progettato viene ad essere potenzialmente un elemento di razionalizzazione della spesa di molti ordini di grandezza superiore al costo della attivazione del servizio stesso per cui la maggiore efficienza è soprattutto, la sua efficacia..

Come modello di riferimento viene preso quello presentato nel testo SIVA "Il costo degli ausili" e successivamente sviluppato in "Rapporto costi- Benefici".

2. Il Territorio

2.1 Statistiche geografiche e demografiche

La provincia di Grosseto costituisce la estrema parte meridionale della Toscana. E' caratterizzata da una densità di popolazione abbastanza scarsa rispetto alle provincie vicine dovuta certamente ad un livello di sviluppo economico inferiore ed alla assenza di città realmente popolate (Solo Grosseto supera i 50.000 abitanti) . Dal secondo dopoguerra con il superamento della insalubrità della zona costiera dovuta alla malaria si è assistito ad un popolamento della zona costiera a scapito dell'interno con emigrazioni anche a livello locale o comunale per cui si assiste al fenomeno in cui i "vecchi paesi" sede dei municipi sulle colline sono spesso meno popolosi e dinamici economicamente e perdono terreno rispetto alle nuove "frazioni" situate in pianura.

Si può prendere in considerazione la seguente tabella della provincia:

Comune	Popolazione (ab.)	Superficie (kmq)	Densità (ab./kmq)	Distanza dal Capoluogo (Km)
Grosseto	72907	402,23	181,26	0
Arcidosso	4135	93,39	44,28	54
Campagnatico	2471	162,15	15,24	23
Capalbio	4014	187,6	21,40	59
Casteldelpiano	4336	67,79	63,96	53
Castellazzara	2105	64,72	32,52	82
Castiglione D.P.	7195	208,96	34,43	23
Cinigiano	3013	161,66	18,64	32
Civitella P.	3090	162,91	18,97	22
Follonica	21353	55,84	382,40	42
Gavorrano	7951	164,04	48,47	34
Isola Del Giglio	1558	23,8	65,46	46 +Mare
Magliano T.	4082	250,68	16,28	34
Manciano	7145	372,03	19,21	58
Massa M/Ma	9518	283,73	33,55	46
M. Argentario	12343	60,29	204,73	46
Monterotondo	1391	102,51	13,57	67
Montieri	1499	108,34	13,84	56
Orbetello	14862	226,98	65,48	44
Pitigliano	4316	102,89	41,95	72
Roccalbegna	1458	124,96	11,67	42
Roccastrada	9377	284,37	32,97	31
Santa Fiora	3008	62,91	47,81	62
Scansano	4681	273,57	17,11	29
Scarlino	2782	88,38	31,48	39
Seggiano	1088	49,53	21,97	59
Semproniano	1462	81,44	17,95	75
Sorano	4182	174,6	23,95	84
Totale	217322	4402,3	49,37	

Tabella 2.1 STATISTICHE DEMOGRAFICHE DELLA PROVINCIA DI GROSSETO I dati dei comuni della provincia sono riferiti al censimento del 1991, mentre il dato del capoluogo si riferisce al 1996 (Sito IRPET)

La popolazione rispetta la struttura di età generale della popolazione italiana, con propensione sempre maggiore alla prevalenza delle classi di età più anziane, specialmente nel sesso femminile. Si veda a proposito la tabella successiva: (dati Assessorato Regionale alla Sanità 1997)

Tavola 2.2 - Popolazione residente per classe di età e sesso	CLASSI DI ETA' (anni)						
	Meno di 15	15-24	25-34	35-44	45-64	65 e più	Totale
MASCHI	13124	14716	14837	14987	28022	18781	104467
FEMMINE	12466	14081	14804	14921	30076	25200	111548
TOTALE	25590	28797	29641	29908	58098	43981	216015

Tabella 2.2 dati Assessorato Regionale alla Sanità 1997

Si può avere un'immagine della provincia nella figura allegata: (fig. 1)

I presidi sanitari ospedalieri sono situati nel capoluogo a cui fanno capo i comuni della zona Grossetana (Grosseto, Campagnatico, Civitella, Castiglione, Roccastrada) a Massa e Follonica cui fanno capo i comuni della zona delle Colline metallifere (Massa, Follonica, Gavorrano, Scarlino, Montieri, Monterotondo, Gavorrano) a Casteldelpiano cui fa capo la zona Amiatina sud (Casteldelpiano, Arcidosso, Santa Fiora, Roccalbegna, Castellazzara, Semproniano) a Orbetello e Pitigliano cui fanno capo i comuni della zona Colline della Albegna (Orbetello, Magliano, Manciano, Capalbio, Sorano, Monte Argentario, Isola del Giglio).

Ovviamente in questo periodo in cui le comunicazioni tendono a migliorare, mentre si richiedono sempre maggiori investimenti di strutture ed attrezzature l'importanza del capoluogo è andata via via aumentando e pertanto soltanto là sono presenti tutte le specialità, anche se le ex USL continuano ad avere una sua importanza per le patologie di minore complessità.

Per un riferimento più concreto si faccia riferimento alla carta sotto indicata tenendo presente al fine della valutazione delle distanze che la strada costiera che corre quasi rettilineamente in direzione sud est - nord ovest è lunga circa 120 km.

2.2 Statistiche socio - economiche

La provincia di Grosseto è caratterizzata da un livello economico medio a livello nazionale, medio basso a livello regionale , dove occupa uno degli ultimi posti per reddito pro - capite. Il settore di attività dove maggiore era lo sviluppo (il settore minerario , dove era forse il primo bacino industriale italiano) è virtualmente estinto, mentre il settore della chimica di base è in forte difficoltà come nel resto di Italia. Debole è l'attività manifatturiera, scarsa è la presenza di tecnologia avanzata.

Risulta in lento ma costante progresso la attività agricola e soprattutto il turismo che gode di un ambiente naturale realmente sano e , tranne pochi luoghi quasi totalmente integro e non antropizzato, per cui la viabilità ancora carente può essere stata considerata un vantaggio .

E' pertanto abbastanza esplicativa la annessa tabella :

Tavola 1.3 - Popolazione residente per classe di età, condizione e sesso	Meno di 15	15-24	25-34	35-44	45-64	65 e più'	Totale
	MASCHI						
Popolazione attiva	48	7657	13953	14516	18929	1297	56400
Occupati	7	5083	12556	13959	18452	1297	51354
In cerca di nuova occupazione	2	757	875	490	477	-	2601
In cerca di prima occupazione	39	1817	522	67	-	-	2445
Popolazione non attiva	13076	7059	884	471	9093	17484	48067
Scolari e studenti	8517	5906	496	33	-	-	14952

Ritirati dal lavoro	29	172	70	188	7859	15737	24055
Altri	4530	981	318	250	1234	1747	9060
TOTALE	13124	14716	14837	14987	28022	18781	104467
	FEMMINE						
Popolazione attiva	68	6359	9089	7729	7278	380	30903
Occupati	11	3076	7012	7065	7033	380	24577
In cerca di nuova occupazione	9	956	1172	526	245	-	2908
In cerca di prima occupazione	48	2327	905	138	-	-	3418
Popolazione non attiva	12398	7722	5715	7192	22798	24820	80645
Scolari e studenti	7929	6246	595	33	-	-	14803
Casalinghe	42	1234	4859	6808	18130	12940	44013
Ritirati dal lavoro	23	87	72	161	3787	9250	13380
Altri	4404	155	189	190	881	2630	8449
TOTALE	12466	14081	14804	14921	30076	25200	111548
	TOTALE						
Popolazione attiva	116	14016	23042	22245	26207	1677	87303
Occupati	18	8159	19568	21024	25485	1677	75931
In cerca di nuova occupazione	11	1713	2047	1016	722	-	5509
In cerca di prima occupazione	87	4144	1427	205	-	-	5863
Popolazione non attiva	25474	14781	6599	7663	31891	42304	128712
Scolari e studenti	16446	12152	1091	66	-	-	29755
Casalinghe	42	1234	4859	6808	18130	12940	44013
Ritirati dal lavoro	52	259	142	349	11646	24987	37435
Altri	8934	1136	507	440	2115	4377	17509
TOTALE	25590	28797	29641	29908	58098	43981	216015
	TOTALE%						
Popolazione attiva	0,45	48,67	77,73	74,37	45,10	3,81	40,41
Occupati	0,07	28,33	66,01	70,29	43,86	3,81	35,15
In cerca di nuova occupazione	0,04	5,94	6,90	3,39	1,24	-	2,55
In cerca di prima occupazione	0,33	14,39	4,81	0,68	-	-	2,71
Popolazione non attiva	99,54	51,32	22,26	25,62	54,89	96,18	59,58
Scolari e studenti	64,26	42,19	3,68	0,22	-	-	13,77
Casalinghe	0,16	4,28	16,39	22,76	31,20	29,42	20,37
Ritirati dal lavoro	0,20	0,89	0,47	1,16	20,04	56,81	17,32
Altri	34,91	3,94	1,71	1,47	3,64	9,95	8,10
TOTALE	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00	100,00

Tabella 2.3 dati Assessorato Regionale alla Sanità 1997

Sito Internet della Regione Toscana

Resta pertanto necessario ai fini della previsione del livello di utenza tenere conto che le malattie geriatriche costituiscono la parte più importante, e sempre crescente, in quanto continua lo invecchiamento relativo della popolazione .

Una conferma si ha anche dalle statistiche epidemiologiche che la candidata ha reperito da varie fonti istituzionali privilegiando i dati più recenti

2.3 Statistiche epidemiologiche

Ai fini del calcolo del livello di utenza si terrà conto di una fascia di utenza potenziale che sarà stimata sulla base dei ricoveri per patologie connesse alla prescrizione di ausili nonché delle fatture saldate dalla ASL in un arco di tempo abbastanza consistente (almeno sei mesi) .si vedano ancora i dati della regione Toscana riferiti al 1997:

Ricoveri per mille abitanti per MDC. Anno 1996			
MDC	USL 9 Grosseto	USL 10 Firenze	Totale Toscana
00-DRG non attribuibili ad un MDC,DRG non classificati	0,38	0,15	0,22
01 - Malattie e disturbi del sistema nervoso	15,18	17,75	17,25
02 - Malattie e disturbi dell'occhio	7,96	7,72	8,50
03 - Malattie e disturbi dell'orecchio, del naso, della bocca e della gola	8,43	5,83	8,21
04 - Malattie e disturbi dell'apparato respiratorio	12,97	11,41	11,97
05 - Malattie e disturbi dell'apparato cardiocircolatorio	26,17	24,63	26,38
06 - Malattie e disturbi dell'apparato digerente	20,64	18,97	19,97
07 - Malattie e disturbi epatobiliari e del pancreas	7,34	6,81	7,82
08 - Malattie e disturbi del sistema muscolo - scheletrico e del tessuto connettivo	22,09	22,16	22,17
09 - Malattie e disturbi della pelle, del tessuto sottocutaneo e della mammella	10,47	7,98	9,11
10-Malattie e disturbi endocrini, nutrizionali e metabolici	6,72	6,47	5,70
11-Malattie e disturbi del rene e delle vie urinarie	10,91	8,82	9,41
12-Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo maschile	3,76	2,94	3,44
13-Malattie e disturbi dell'apparato riproduttivo femminile	6,43	6,82	7,34
14-Gravidanza, parto e puerperio	12,59	12,84	12,85
15-Malattie e disturbi del periodo neonatale	1,12	1,83	2,00
16-Malattie e disturbi del sangue, degli organi ematopoietici e del sistema immunitario	2,57	2,58	2,76
17-Malattie e disturbi mieloproliferativi e neoplasie scarsamente differenziate	5,04	2,92	5,04
18-Malattie infettive e parassitarie	1,25	1,28	1,24
19-Malattie e disturbi mentali	4,23	5,85	4,59
20-Abuso di alcool/farmaci e disturbi mentali organici indotti	0,34	1,48	0,82
21-Traumatismi, avvelenamenti ed effetti tossici dei farmaci	3,86	2,05	2,29
22-Ustioni	0,15	0,12	0,20
23-Fattori che influenzano lo stato di salute ed il ricorso ai servizi sanitari	1,70	2,37	2,06
24-Traumatismi multipli rilevanti	0,15	0,17	0,16
25-Infezioni da HIV	1,40	1,14	1,04
Totale	193,83	183,10	192,55

Tabella 2.4 dati Assessorato Regionale alla Sanità 1997

Un esame dei dati mostra che Grosseto è abbastanza vicina alla media regionale, anche se per il nostro caso, specialmente rivolto ai traumatismi che nella età avanzata possono avere gravi difficoltà siamo largamente al di sopra (circa lo 80% in più) forse per il permanere di attività agricole nelle

classi anziane, forse anche per la presenza di incidenti stradali in media superiore a alla norma regionale per la presenza di strade inadeguate ai livelli di traffico (Aurelia, Grosseto- Siena)

Altri dati sono disponibili presso il Provveditorato agli Studi, da cui risulta che i portatori di Handicap psico - fisico frequentanti le scuole della provincia sono **342**, i quali tranne i casi di handicap mentale lieve che si risolve solo in ambito scolastico (circa il 30% dei casi) sono tutti possibili utenti diretti o indiretti (tramite le scuole).

Altri dati sono disponibili dalle domande fatte presso la Prefettura per ottenere la qualifica di invalido a vari livelli (invalido civile con varia percentuale di inabilità , portatore di handicap, bisognoso di accompagnamento) dalle quali si possono evincere le necessità di intervento.

La commissione di cui alla Legge 104/92 ha dichiarato portatori di handicap in un anno 1998 n°**173** persone così suddivise in classi di età:

0-3 anni n°5
 4-18 anni n°18
 19-25 anni n°14
 26-39 anni n°39
 40-64 anni n° 63
 >64 anni n°34

mentre sono state concessi assegni di accompagnamento a **620** persone (1995).

E' anche molto interessante vedere la spesa effettivamente sostenuta per protesi ed ausili dalla azienda. Sono disponibili dati aggregati per tipologie di ausili con il numero totale di prescrizioni nel semestre e la spesa effettivamente sostenuta :

tipologia ausilio	FAMIGLIA	NUMERO TOTALE	SPESA
calzature ortopediche di serie	13	11	12691744
calzature ortopediche su misura	14	44	45487208
apparecchi ortopedici arto inferiore	16	26	23509732
apparecchi ortopedici arto superiore	17	2	804272
apparecchi ortopedici per il tronco	18	78	41932072
protesi arto inferiore	19	7	15762292
protesi arto superiore	20	4	7972328
ausili per deambulazione e carrozzine	22	191	160369144
protesi acustiche	24	61	52757512
protesi per laringectomizzati	25	3	517556
protesi oculari	26	4	2024984
accessori per tutori (calze etc.)	27	3	254696
ventriere e cinti erniari	28	3	465140
ausili ottici correttivi	29	1	384072
protesi non di arto (mammarie etc..)	30	28	8699964
ausili per la fonazione e comunicazione	40	5	6699368
ausili per la prevenzione lesioni cutanee	50	112	66986400
Totale per il 1° semestre 1999		583	447318484

*Tabella 2.5 SPESA GENERALE PRESCRIZIONI DIRETTE ASL9 GENNAIO GIUGNO 1999
 Dati comunicati dalla Direzione sanitaria ASL 9*

Zone socio sanitarie	Totale tumori		Cardiopatía ischemica		Malattie cerebrov.		Malattie dello app.resp.		Cirrosi epatica		Tutte le cause	
	Femm.	maschi	Femm.	maschi	Femm.	maschi	Femm.	maschi	Femm.	maschi	Femm.	maschi
Colline metallifere	118,3	253,4	80,5	109,3	88,1	96,6	20,6	84,8	8,9	16,8	512,6	802,9
Colline del Albegna	151,3	269,9	57,0	102,0	80,5	97,6	23,4	56,6	3,3	16,0	533,1	815,1
Amiata Grossetana	140,3	222,5	45,0	120,6	68,0	81,9	21,0	52,8	7,3	32,1	477,7	801,5
Area Grossetana	135,9	277,1	47,7	109,3	70,4	83,3	17,6	53,5	7,3	17,1	493,7	845,1
Toscana	143,7	269,3	53,0	104,3	77,4	84,8	21,1	52,7	8,5	15,8	499,4	782,1

Tabella 2.6 Tassi standardizzati di mortalità per zone socio-sanitarie di provenienza e per alcune cause; tassi di mortalità infantile. Triennio 1995-1997 Dati scaricati dal sito IRPET della regione Toscana

L'esame di queste tabella porta ad una semplice estrapolazione : il numero minimo delle persone che si rivolgeranno al centro ausili su base annuale (circa 1000) e l'ordine di grandezza della spesa sostenuta dalla azienda circa 9/10 miliardi.

D'altronde tali dati sono confrontabili con i dati su base annua precedentemente comunicati . Anche la osservazione dei tassi di mortalità come da tabella allegata dà lo ordine di grandezza delle patologie potenzialmente invalidanti nello ordine di 1200/1300 all'anno supponendo una percentuale del 50% degli esiti che portano poi ad un decesso successivo

I dati sono stati comunicati dalla Direzione Sanitaria della ASL 9 che ringraziamo per la collaborazione.

3.Obiettivi del progetto

3.1 Obiettivi istituzionali

Il piano sanitario della Regione Toscana alla pag. 189 del III volume così recita: Nel settore della riabilitazione riveste particolare interesse l'assistenza protesica che viene garantita con i limiti e le modalità previste dal D.M. Sanità relativo a "prestazioni di natura protesica erogabili dal Servizio sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe"

1-gli obiettivi

- Ridurre i tempi di attesa tra prescrizione sanitaria autorizzazione e fornitura dello ausilio al fine di garantire attraverso la tempestività della erogazione la maggior efficacia possibile della prestazione;
- Razionalizzare il governo della spesa

2- Le strategie :

- Ridefinizione in armonia con le direttive generali della normativa relativa alle modalità di accesso alle prestazioni relativamente alla prescrizione alla fornitura ed al collaudo dello ausilio con particolare riferimento ai tempi intercorrenti tra prescrizione, autorizzazione e relativa fornitura
- Individuazione dei soggetti competenti alla prescrizione ed al collaudo di protesi e ausili e loro inserimento in uno specifico elenco
- Indizione di gare pubbliche per ausili prodotti in serie

3 - Direttive

3.1 Assegnazione in uso degli ausili, conformemente a quanto previsto da deliberazione di giunta conseguente attivazione del "parco Ausili". Le aziende regolamentano

a) le modalità di accesso alle prestazioni

b) la organizzazione e la gestione del parco ausili di USL

c) le modalità di revisione degli ausili al fine di dare la garanzia che la stessa sia avvenuta a regola d'arte e che i medesimi siano idonei all'uso. nonché la manutenzione degli stessi.

3.2 Produzione, personalizzazione e riciclaggio degli ausili a livello di azienda USL

A tal fine le Aziende attivano convenzioni con laboratori artigiani e/o aziende fornitrici che provvedono alla piccola produzione di ausili personalizzati, alla personalizzazione di ausili prodotti in serie, alla manutenzione e al riciclaggio degli stessi. Nello ambito delle attività di riabilitazione erogate dalle aziende sanitarie le stesse prevedono interventi per la produzione di piccoli ausili che facilitano il movimento ed il mantenimento della postura.

3.3 Costituzione di centri di consulenza e documentazione ausili a livello aziendale

Ai fini della attività di documentazione degli ausili presenti sul mercato nazionale e internazionale e della attività di consulenza sia nei confronti della utenza dei familiari, delle strutture che operano nel settore della assistenza ai soggetti disabili e handicappati, nonché dei servizi aziendali le aziende USL costituiscono centri di consulenza e documentazione sugli ausili. Agli stessi compete la gestione degli ausili restituiti la collaborazione con le aziende artigiane per la personalizzazione e progettazione di nuovi ausili e la formazione degli operatori. Allo interno del centro sono presenti oltre al personale medico e della riabilitazione anche altre professionalità che concorrono alla soluzione dei problemi della utenza.”

Al di là della logica burocratica è evidente la preoccupazione della giunta regionale di dare soluzione ad un problema molto sentito in quelle fasce di popolazione che ne hanno la necessità : la fornitura di ausili adatti con il minimo di spesa ed il minimo di tempo impiegato tra la prescrizione del medico curante (generalmente il medico di base) e la fornitura di un ausilio adatto, avendo un punto di riferimento istituzionale che non lo costringa a “viaggi della speranza” o a proposte di natura strettamente commerciale in quanto non disinteressate.

Le direttive danno già una soluzione : un notevole investimento iniziale per la costituzione di un parco ausili da reintegrare sempre con i resi (decessi, fine della necessità dell’ausilio) dopo una accurata revisione.

L’utente così potrà essere indirizzato immediatamente, anche in via provvisoria presso un ausilio esistente immediatamente disponibile azzerando i tempi della attesa. E’ quindi anche evidente il beneficio in termini di costi dato che certamente una revisione costerà non più del 10/20 % dell’ausilio nuovo.

Il centro costituirà un elemento molto importante di riferimento per tutto il territorio nelle sue varie articolazioni. Avrà quindi una funzione non solo burocratica ma anche psicologica in quanto dovrà comunicare il messaggio che i più sfortunati non vengono lasciati soli nel momento del bisogno

3.2 Riciclaggio ausili

Per quanto concerne il riciclaggio degli ausili c’è da tenere presente la delibera Regionale 21.12.1995 numero 527, e il Piano Regionale Sanitario Regione Toscana 1996/98, che al punto 13/4/2 della parte v prevede:

- la conferma tra le modalità di forniture degli ausili, dove sia possibile, il recupero e quindi il riciclaggio dell’ausilio, l’assegnazione temporanea in uso all’invalido o all’assegnazione in comodato;
- l’individuazione da parte della Giunta Regionale delle famiglie di protesi e di ausili di cui agli allegati A e B del vecchio nomenclatore tariffario che possono essere inserite tra quelle che le aziende U.S.L possono fornire in comodato d’uso.

Rilevato e deliberato quanto segue:

a tale scopo è stato previsto un gruppo di lavoro costituito da personale medico, da terapisti della riabilitazione nominati dalle aziende U.S.L e da rappresentanti della categoria (F.I.O.T.O., A.N.A. e Federottica)

- che è stato unitamente riconosciuto che i presidi da concedere in comodato d’uso sono unicamente quelli predisposti di cui al D.M. Sanità 28.12.1992. e che risultino appartenere alle famiglie: 22-24 (con esclusione degli aggiuntivi , cod.24.85...)-29(con l’esclusione dei codici cod.29.02..e 29.85) - 201-301-401-501

- che la concessione in comodato d'uso dei presidi appartenenti alle predette famiglie debba essere previsto solo nel caso in cui il presidio sia riciclabile e quindi riutilizzabile per fornire ad altri utenti previa garanzia che la revisione del presidio sia avvenuta a regola d'arte e lo stesso sia idoneo all'uso .all'atto di autorizzazione dei presidi di cui alle famiglie indicate al punto 2) l'azienda U.S.L. deve indicare che il presidio è concesso in comodato d'uso
- nell'autorizzazione l'assistito o chi lo rappresenta sottoscrive l'impegno di restituzione del presidio quando non ricorrano più le necessità d'uso

L'A.S.L. 9, come è previsto dal Piano Sanitario Regionale Toscano 1999-2001, per la produzione personalizzazione e riciclaggio degli ausili dovrà attivare convenzioni con laboratori artigiani e/o aziende fornitrici che provvedano alla piccola produzione di ausili personalizzati ed alla personalizzazione di ausili prodotti in serie, alla manutenzione e al riciclaggio degli stessi.

Tutto ciò assume importanza per il servizio consulenza ausili perché attraverso una rete telematica lo operatore assegnato a tale servizio può in qualsiasi momento sapere le giacenze di magazzino e cosa ancora più importante, può avvalersi di questi laboratori artigianali per la produzione di piccoli ausili personalizzati che possano facilitare il movimento ed il mantenimento della postura.

Il piano sanitario regionale toscano 1999/2001 prevede espressamente la costituzione di centri di consulenza e documentazione ausili a livello aziendale e specifica ulteriormente gli obiettivi che questi centri debbono avere:

- attività di documentazione sugli ausili presenti sul mercato nazionale ed internazionale
- attività di consulenza nei confronti della utenza, dei familiari, delle strutture che operano nel settore della assistenza ai soggetti disabili e handicappati, nonché dei servizi aziendali ; Le aziende ASL costituiranno pertanto centri di consulenza e documentazione ausili.

Agli stessi compete la gestione degli ausili restituiti, la collaborazione con le aziende artigianali per la personalizzazione e la progettazione di nuovi ausili e, cosa molto importante, lo aggiornamento degli operatori.

4. Risorse da assegnare al progetto

4.1. Sede provinciale.:

- presso il presidio poliambulatoriale di Villa Pizzetti (Grosseto via Cimabue 52) annesso all'unità operativa di Rieducazione Funzionale
- un locale di venti metri quadrati posto al primo piano, con una lunga rampa di accesso a pendenza realmente accessibile (6%) e due ascensori a norma che accedono al piano terra.
- parco ausili per prove in tempo reale per gli oggetti più comunemente descritti (carrozine ortopediche, deambulatori, tavoli di statica ecc.)

Il presidio si trova in zona periferica , ma dotata di ampio parcheggio e ben servita da mezzi pubblici

E' garantita l'assenza di barriere architettoniche come pure la presenza di un servizio specificatamente predisposto per disabili motori . La presenza di altre strutture ambulatoriali garantisce comunque la presenza di un medico in sede

E' stata privilegiata la scelta di un'unica sede provinciale per le seguenti ragioni:

- presenza di locali adatti solo nel capoluogo
- presenza solo nel capoluogo delle risorse umane esterne ed interne per tale attività
- sostanziale vicinanza della maggior parte della utenza (poiché Grosseto si trova in posizione abbastanza centrale nella provincia oltre lo 80% della utenza si trova a meno di una ora di viaggio (auto privata o mezzo pubblico) dalla sede
- economia di risorse in una situazione che non consente grossi aumenti di spesa

E' importante che lo spazio sia adeguato in quanto in tale stanza con le garanzie di necessaria riservatezza dovranno svolgersi prove per lo addestramento all'uso degli ausili, con eventuali richiami per migliorarne la efficacia nel tempo.

D'altronde bisogna tenere conto che tale fascia di utenza sarà spesso accompagnata da parenti (coniuge, genitori, figli etc...) per cui la stanza dovrà avere dimensioni adeguate alla presenza e al movimento di almeno 4 persone.

4.2. Attrezzature

Saranno assegnate le seguenti attrezzature:

- una scrivania
- un armadio con vetrine a giorno per contenere libri pubblicazioni ecc..
- Un mobile porta personal computer
- Tre poltroncine per gli utenti
- Due poltroncine per gli operatori.

E' prevista anche una sala di attesa in comune con altri sportelli con un adeguato numero di poltroncine.

E' importante che le attrezzature siano confortevoli e di buona qualità al fine di offrire una immagine accattivante del servizio a persone che certamente sono in difficoltà e non vivono piacevolmente la loro situazione.

4.3. Materiali.

Saranno assegnati come minimo i seguenti materiali:

- un personal computer di versione abbastanza recente (almeno Pentium 200) con sistema operativo Windows 95 o successivo con lettore CD ROM e modem.
- un collegamento internet ISDN con casella e-mail riservata
- Materiale cartaceo dimostrativo (depliant, etc..)
- Banca dati per legislazione (leggi nazionali e regionali, tariffario etc..)

Il collegamento ISDN è necessario per la pesantezza dei collegamenti internet tradizionali che rendono difficoltosa una risposta in tempo reale . La casella riservata è necessaria per garantire un minimo di riservatezza a notizie sanitarie.

4.4. Software in dotazione

E' necessario che vengano assegnati i seguenti programmi in versione originale con relative licenze d'uso, nonché della manualistica per rinfrescare i training non sempre recenti e frequenti degli operatori:

- programma SIVA (banca dati ausili)
- programma di gestione ausili applicativo specifico da sviluppare in ambito ASL per la gestione degli ausili di proprietà ASL
- pacchetti applicativi di uso corrente quali:
WORD (videoscrittura)
EUDORA (posta elettronica)
NETSCAPE (browser internet)
ACCESS(catalogazione)
EXCEL (foglio elettronico)

Gli operatori dovranno essere in grado di usare con una certa sicurezza i pacchetti applicativi sopra menzionati; dovranno pertanto frequentare appositi corsi finalizzati allo uso corrente organizzati secondo modalità specificatamente operative, anche utilizzando il personale in servizio nella ASL stessa

4.5. Parco ausili

Sarebbe opportuno avere a disposizione sia del servizio documentazione ausili, sia degli operatori che lavorano nella riabilitazione, logopedisti, fisioterapisti, terapisti occupazionali, fisiatra (medico prescrittore) un parco ausili.

La azienda ASL 9 area grossetana ha a disposizione un locale di circa 60 metri quadrati nel piano sottostante la ubicazione della unità operativa di riabilitazione, vicini all'attuale ufficio protesica. Nell'ottica del centro di consulenza questa stanza, dove ora sono in giacenza gli ausili "restituiti" dovrebbe avere un'alta importanza perché permette all'utente di "vedere", di "provare", di imparare ad usare un determinato ausilio.

Alcuni tipi di ausilio come un servo-scala o un monta scale mobile non può essere "rifilato" allo utente senza una prova preventiva: sono molti infatti gli esempi di utenti che dopo essersi sedute sul montascale a cingoli non ne hanno più voluto sapere perché gli "faceva impressione" altre invece dopo uno opportuno addestramento si sono trovate bene.

Riveste importanza anche quando c'è da "provare una carrozzina" sia per le dimensioni (alta, bassa, ingombrante, comoda, elettrica, pieghevole, ad autospinta con due mani sulle ruote posteriori, con due mani sulle ruote anteriori, etc...). Spesso l'utente ha "visto lo articolo" solo sul catalogo mostrato dal negozio di sanitari e non si rende conto se è proprio quello che fa per lui, solo infatti una prova diretta unita alla esperienza della persona addetta che può spiegargli i motivi dell'una o l'altra scelta sarà in grado di "orientarsi" in una decisione mirata corrispondente ai propri bisogni.

Potrebbe ad esempio essere richiesto alle ditte aggiudicatrici di fornire anticipatamente una certa quota di ausili ai fini anche promozionali, che rimanessero di proprietà della azienda fornitrice, la quale provvederà a sostituirli via via con modelli più aggiornati allorché divengono obsoleti. E' essenziale che sia facilmente raggiungibile il locale sia da parte degli operatori che da parte dell'utente (superamento barriere architettoniche) sia anche per una ovvia economia di tempo da parte degli operatori.

La gestione materiale del parco ausili deve avvenire con una contabilità tipo di magazzino (ingresso, uscita, presa in carico a cura del vicino ufficio protesici), ma gli ausili in giacenza debbono essere facilmente reperibili ed individuabili con una cartellinatura inequivocabile sulla base dei registri di magazzino ed una posizionatura o attraverso scaffali, o attraverso apposite aree di sosta in cui siano facilmente accessibili. Dovrà esserci nella sala uno adeguato spazio in cui le prove possano avvenire con la adeguata riservatezza; per cui è ipotizzabile che qualora fosse effettiva il riciclo degli ausili restituiti la impossibilità di raccogliere in poco spazio centinaia di ausili obbligherebbe a dare in giacenza alle ditte aggiudicatrici della convenzione di riciclo e ricondizionamento gli ausili fino alla assegnazione all'utente.

4.6 Personale

Sarà assegnata una unità terapeuta della riabilitazione con formazione specifica negli ausili e competenze psico-pedagogiche. Tale unità di personale costituisce il perno di tutti gli interventi che saranno affiancati a lei:

- specialista fisiatra
- specialista neurologo
- specialista psicologo
- specialista neuro psichiatra infantile
- assistente sociale
- terapeuta occupazionale
- tecnico informatico

i quali saranno di volta in volta presenti nel centro qualora ne si ravvisi (collegialmente) la necessità'.

Gli stessi costituiranno un “gruppo di lavoro “ che discuterà in appositi spazi temporali i casi “difficili” che richiedano collaborazioni multiple o esterne.

La assegnazione di una unità a tempo pieno è motivata dai numeri dei potenziali “clienti” che abbiamo stimato in 1000-1200 all’anno . Se consideriamo che i giorni lavorativi sono in media 270 per un totale di 1600 ore lavorative circa, tenendo conto che la stessa unità dovrà occuparsi dei contatti con le associazioni, con gli operatori scolastici, con gli OTA ed eventuale attività di formazione, nonché tenere i contatti con gli artigiani convenzionati ne viene fuori una media di una ora a persona che è appena sufficiente, tenendo conto della varia tipologia, anche temporale degli interventi, se si usano strumenti già strutturati e se si ha già una buona dimestichezza con gli strumenti e le strutture .

Potranno fornire consulenza tutte le figure presenti nella ASL (unità' operativa di prevenzione e igiene del lavoro, medicina legale, architetto, fisico ecc..)

E' prevista la collaborazione di una unita' di personale con mansioni amministrative per il disbrigo della corrispondenza , per rispondere al telefono in caso di assenza o indisponibilità del titolare. Ciò al fine da non dare la cattiva immagine di un centro legato ad una sola persona, la quale ha naturalmente le proprie esigenze personali (ferie, malattie, aggiornamenti..) E' prevista la collaborazione con l'ufficio amministrativo protesi e magazzino ausili per gli atti connessi alla prescrizione, consegna, collaudo del materiale, nonché la gestione amministrativa del parco ausili i quali potranno rimanere in giacenza presso la ASL oppure qualora siano in revisione presso il laboratorio artigiano convenzionato.

A tal fine e' prevista la collaborazione con agenzie esterne convenzionate per verificare la riciclabilità degli ausili ceduti in comodato uso agli utenti e restituiti allorché sia venuta meno la causa della cessione (guarigione o decesso del cliente nonché sostituzione con una nuova prescrizione).

La scelta dello operatore è un punto molto critico, in quanto oltre alle competenze tecniche per eseguire questo lavoro dovrà avere adeguate motivazioni. E' importante che l'operatore veda nel "cliente" una persona nella sua globalità; lo intervento non può rivolgersi solo alla anatomia e fisiologia del paziente, ma bisogna tener presente che prima di una prescrizione c'è bisogno di un orientamento, di un consiglio in altre parole di formare lo utente senza peraltro forzare in alcun modo la sua volontà. Dovrà inoltre avere sufficiente leadership per collaborare fattivamente con figure professionali di livello superiore quali medici o ingegneri coordinandone la azione in virtù di una maggiore preparazione specifica nel campo della disabilità.

5. Azioni di progetto

5.1 Rapporto diretto con lo utente

Il rapporto diretto con lo utente si può attuare attraverso una scala tassonomica di modalità che possono essere o meno richieste esplicitamente e sono esplicate nella fig.2:

primo contatto =>raccolta dati => orientamento => consiglio => prescrizione _

Il primo contatto può essere personale ma più spesso è telefonico. E' molto importante la capacità di comunicazione dello operatore in quanto lo utente si trova spesso in posizione di difficoltà per problemi psicologici di accettazione dello handicap e pertanto è necessario che lo operatore chiarisca quali sono le funzioni e le modalità di servizio del Centro, ma nello stesso tempo non deve scoraggiare ponendo ostacoli o limitazioni che possono essere l'occasione più o meno voluta per non usufruire dei servizi. In questo primo contatto dovrà essere fissato un nuovo appuntamento in cui lo utente porterà tutto il materiale necessario (cartelle cliniche etc..)

Il bisogno di un ausilio non è detto che debba necessariamente partire da un utente, può essere anche individuato da un'altra persona , sarà però compito della " figura" che per prima se ne era resa conto di sensibilizzare l'utente infondendogli il desiderio di prendere iniziativa.

Affinché ciò avvenga tutti gli operatori che interagiscono con il paziente devono avere delle informazioni di base(medico, assistente sociale, insegnante, assistente domiciliare, etc...) nel campo degli ausili.

Momento importante e che deve essere progettato con cura è proprio la presa in carico dell'utente, il primo contatto di norma è telefonico, l'operatore addetto deve essere consapevole che si tratta di un momento importante e che deve essere in grado di gestirlo.

5.2 Modalità di effettuazione dello intervento

L'operatore addetto dovrà innanzitutto:

- presentarsi (dicendo anche se richiesta la qualifica professionale)
- cercare di mettere l'utente a proprio agio
- invitare l'utente a presentarsi (dati anagrafici)
- assicurarsi di avere compreso a fondo il motivo della richiesta
- comprendere il livello di risposta richiesta (orientamento? Informazione? Consiglio?)

A questo punto si tratterà di capire la natura della richiesta e come può articolarsi il problema: l'operatore riempirà un documento di intervento così congegnato:

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°9
AREA GROSSETANA
CENTRO DOCUMENTAZIONE AUSILI
GROSSETO VIA CIMABUE 54**

SCHEMA PRELIMINARE DI INTERVENTO

- telefonicamente può già darsi una risposta ? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- è importante una consulenza? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- quale sarà l'entità della consulenza : (informazione, ulteriori incontri, orientamento previa acquisizione di consapevolezza dei bisogni.....)

- quali operatori della équipe coinvolgere :

- eventuale documentazione tecnica richiesta(pianta dell'appartamento)

- eventuale documentazione audiovisuale (una videocassetta)

- chi verrà all'appuntamento (eventuale)

Questo primo contatto può anche risolversi per i casi più semplici (fratture, distorsioni..) in semplice richiesta di informazione cartacea che può essere anche inviata per posta o per via telematica.

Se l'utente vuole solo una consulenza telefonica per una questione ben precisa dell'operatore potrà fornirgliela consultando la Banca Dati, o riservandosi di spedirgliela per posta.

Fissare ora e data dell'appuntamento e, se ciò non fosse possibile riservarsi di contattare successivamente il cliente.

Bisogna considerare anche l'eventualità di una visita domiciliare, questa può aggiungere delle informazioni sui bisogni del cliente, sulle opportunità e sulle risorse dell'ambiente sia familiare che sociale.

Per la visita domiciliare è opportuno avvalersi della collaborazione degli altri operatori dei servizi socio-sanitari (medico di base , assistente sociale. terapeuta domiciliare ecc...) in quanto figure che sono in diretto contatto con l'utente e quindi sono a conoscenza di tutte le dinamiche familiari.

Tale visita sarà utile anche nel caso in cui si prevedano interventi di adattamento ambientale per raccogliere dati tecnici sull'appartamento.

Nel successivo incontro lo operatore fa riempire allo utente una scheda notizie con le caratteristiche fisiche dello utente e della patologia, nonché richiede tutte le notizie sulla vita del paziente e dello ambiente in cui opera. Ad esempio sarà necessario che vengano portate per un paraplegico le piante sia della abitazione che del luogo di (eventuale) lavoro, sia sulle abitudini di mobilità (se si usa l'auto la carrozzella deve essere ripiegabile). E' importante che l'utente sia messo a proprio agio e partecipi attivamente in quanto molte notizie sono note solo a lui, come pure sua deve essere la scelta del "progetto di vita" in quanto tanto maggiore sarà l'uso dell'ausilio e la sua rilevanza, tanto maggiore e più consapevole dovrà essere lo sforzo per gestirlo.

Il colloquio è estremamente importante: i due "attori" principali si siedono vicini e cominciano a dialogare devono emergere le competenze tecniche dell'operatore senza per altro che queste vadano a sommergere i bisogni, le esigenze, le aspirazioni e le mete del cliente che da parte sua deve essere chiaro ed esplicito il più possibile. E' difficile la parte che deve sostenere l'operatore infatti non deve essere troppo invadente, ma deve dimostrare di avere dell'iniziativa ogni qual volta il cliente non riesca a prendere delle decisioni senza per altro invadere il suo bisogno. Dal colloquio deve scaturire almeno una ricerca della/e soluzione/i che può portare anche ad altri colloqui se il primo non è stato esauriente.

In questo incontro saranno fissate le eventuali richieste di consulenza da professionisti esterni in diretto contatto con il Centro al fine di soddisfare eventuali richieste molto specialistiche (computer specificatamente adattati per disabili etc..)

Lo operatore dovrà essere in grado di spiegare la complessa normativa sulla fornitura degli ausili a livello Nazionale e regionale nonché dovrà mettersi in comunicazione in tempo reale attraverso dei repertori già consolidati con le associazioni specifiche dei disabili o con specifiche agenzie di assistenza. E' importante che non vengano compiuti errori anche nell'uso del mezzo telematico in quanto la fiducia non deve venire meno.

Il successivo incontro sarà quello in cui verrà consegnata in forma scritta il consiglio sul repertorio SIVA, con la possibilità per i casi più comuni di provare l'ausilio in sede, per poi andare per il controllo e la formalizzazione come prescrizione dal medico fisiatra. L'operatore può riservarsi di completare tale ricerca e mandarla per lettera successivamente. Ultimo atto della scena la consegna del "referto" indirizzato all'utente o al Servizio che richiedeva la consulenza. Ciò che viene consegnato come "referto" deve essere estremamente chiaro dobbiamo tenere presente che ciò che consegniamo va in mano all'utente e che questi deve capire il contenuto per cui i termini tecnici debbono essere spiegati il più possibile in maniera chiara.

Sono previsti incontri periodici per lo addestramento all'uso nei casi più complessi con le relative verifiche di funzionalità. In fatti un servizio di riabilitazione ha tra i suoi fini anche la prevenzione secondaria: cioè evitare le ricadute nella malattia dovute anche a uno scorretto stile di vita, che comprende anche un uso improprio degli ausili assegnati.

5.3. Rapporti con operatori scolastici

Il servizio di consulenza ausili è rivolto alla necessità dell'utente, ma costui non è un'entità a se stante, ma inserito in un contesto sociale proprio per questo il servizio di consulenza ausili dovrà essere, là dove richiesto a disposizione di tutte le persone che si trovano ad interagire con il soggetto. Questa consulenza può vertere su un argomento specifico o là dove se ne individuino le necessità può abbracciare più tematiche e può sviscerarle mediante seminari, giornate di informazione, corsi che possono durare anche più di un giorno ecc..

Altro compito del servizio ausili è di dare "consulenze" agli operatori scolastici, anche per questo sarebbe opportuno che già dalla prima richiesta (di solito telefonica) sapere il bisogno effettivo per poi predisporre lo intervento anche (se necessario) con gli operatori qualificati nel settore: Es. tecnici informatici., neuropsichiatra infantile etc.. La situazione operativa richiede come strumento di lavoro un questionario che può essere riempito anche con domande/risposte telefoniche, rivolgendosi ad "addetti ai lavori"

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°9
AREA GROSSETANA
CENTRO DOCUMENTAZIONE AUSILI
GROSSETO VIA CIMABUE 54
Questionario per insegnanti di sostegno**

- 1) Quale classe frequenta il ragazzo? _____
- 2) Quanti anni ha? _____
- 3) Che problemi ha secondo la diagnosi che lei conosce?

4) Quale è la sua difficoltà prevalente secondo lei:

- a) motoria
- b) percettiva
- c) cognitiva
- d) di apprendimento
- e) altro

Se la difficoltà è di tipo percettivo saranno indicati un repertorio di indirizzi di centri qualificati cui fare riferimento. Il questionario prosegue poi con una parte di tipo cognitivo/apprenditivo e una parte di tipo motorio/autonomistico

Parte II

5) Secondo lei quali sono le difficoltà significative nello apprendimento scolastico:

(spuntare la risposta che interessa)

- a) lettura
- b) scrittura
- c) calcolo
- d) ragionamento logico
- e) comprensione
- f) attenzione
- g) memoria
- h) coordinazione oculo manuale
- i) espressione verbale
- l) altro

6) Potrebbe spiegare in maggior dettaglio codeste difficoltà?

7) Da quanti anni segue in qualità di insegnante il ragazzo? _____

8) Per quante ore settimanali? _____

5) Come sono organizzate le ore di sostegno? (spuntare la risposta che interessa)

a) in compresenza con gli altri insegnanti (indicare le materie)

b) separatamente in una altra aula

c) in gruppo con altri insegnanti di sostegno

d) altro (spiegare)

6) Come si pongono gli insegnanti di classe rispetto alla educazione scolastica del ragazzo?

(spuntare la risposta che interessa)

a) Sono coinvolti

b) Sono partecipi

c) Delegano lo insegnante di sostegno

III Parte Rapporto con le nuove tecnologie:

7) esiste un laboratorio di informatica nella vostra scuola? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

8) Ha già usato il computer come supporto per lo insegnamento?

se sì in quale caso _____

9) Si ricorda il tipo di computer? _____

10) Si ricorda il software adoperato? _____

11) Ha già usato il computer con questo ragazzo? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

12) Il ragazzo ha usato un computer per conto proprio? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

13) Ha qualche informazione aggiuntiva al riguardo? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

14) Se lo utente ha problemi percettivi o motori sono già stati individuati accessi funzionali al computer? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

Quali? _____

4° parte: Rapporto con gli altri

15) Il ragazzo viene a scuola volentieri? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

16) Quali attività preferisce? _____

17) E' ben disposto verso le novità? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

18) Come è il rapporto con i compagni? buono o cattivo (spuntare la risposta che interessa)

19) Come è il rapporto con gli insegnanti? buono o cattivo (spuntare la risposta che interessa)

20) La famiglia è informata di questa sua richiesta di consulenza?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

21) E' d'accordo?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

22) E' possibile portare in consulenza alcuni elaborati scolastici del ragazzo?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

23) Ha difficoltà a portare in consulenza il piano educativo Individualizzato?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

Aspetti della motricità e della autonomia:

1) età del ragazzo

anni _____

2) altezza del ragazzo

cm. _____

3) peso del ragazzo

Kg. _____

4) il ragazzo riesce a camminare senza aiuto? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

5) il ragazzo riesce a mangiare da solo?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

Se non ci riesce descrivi brevemente come viene nutrito _____

6) Per andare in casa c'è da salire una rampa di scale? sì o no (spuntare la risposta che interessa)

. se sì:

a) riesce a salirle da solo?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

b) riesce a scenderle da solo?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

c) riesce a salire da solo la scala ma con aiuto

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

d) non ci riesce e va preso in braccio

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

e) ci sono dei congegni per salire le scale (ascensore, servo scale ecc..)

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

7) la casa è distante da scuola?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

8) il ragazzo viene portato a scuola in macchina?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

9) il ragazzo ha bisogno di aiuto per salire o scendere dalla macchina?

sì o no (spuntare la risposta che interessa)

10) la scuola è accessibile? (ci sono barriere architettoniche?) _____

- 11) il ragazzo può sedersi in un normale banco scolastico? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
 sì o no (spuntare la risposta che interessa)
 se no indicate se è in dotazione un banco specificatamente predisposto
 sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 12) il ragazzo va al bagno da solo? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
 Se sì riesce a provvedere da solo alla sua pulizia? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
 Se no deve essere portato di peso? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
 Se no chi provvede alla sua pulizia? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 13) esiste l'assistenza personale dentro la scuola? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 14) dopo la scuola frequenta uno sport? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 15) il ragazzo viene portato regolarmente a fare delle passeggiate?
 sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 16) il ragazzo va spesso nei parchi giochi? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 17) a casa dopo la scuola come passa il suo tempo? (spuntare la risposta che interessa)
 a) davanti alla televisione?
 b) davanti al computer?
 c) in attività creative?
 d) per i compiti scolastici?
- 18) il bagno a casa è " attrezzato " per lui? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 19) Avete in casa un sollevatore? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- 20) Gioca con gli altri ragazzi? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- Se sì con i ragazzi più grandi o più piccoli: _____
- Se no cerca la compagnia dello adulto? sì o no (spuntare la risposta che interessa)
- Se ritieni opportuno fornire altre informazioni puoi aggiungerle:
- _____
- _____
- _____

5.4 Rapporto con operatori della assistenza

Nella A.S.L 9 si stanno già tenendo delle "lezioni" per assistenza a disabili in collaborazione con le associazioni di volontari (hanno una durata complessiva di 10 ore e vengono svolte due volte alla settimana per una ora) rivolte al personale con mansioni di accompagnatore o di assistenza :

Queste "lezioni" sono svolte da psicologi e/o terapisti e/o infermieri e/o medici a secondo dell'argomento che deve essere trattato

Prima di cominciare questo piccolo percorso formativo tutti gli anni (all'inizio dell'anno scolastico) viene distribuito nelle scuole di un questionario con delle semplici richieste:

Questa iniziativa è sorta perché ci sono delle persone (anche straniere con usi ed abitudini diverse dalle nostre) che si trovano per la prima volta ad affrontare l'handicap e si sentono totalmente inesperte ed impreparate anche nelle più semplici delle cose, esempio riuscire a fare un trasferimento dal letto alla carrozzina: All'inizio dei corsi rivolti ad essi si dà da riempire il seguente questionario

5.5 Progetto di corso di formazione di base per addetti alla assistenza personale

Destinatari: ausiliari sociosanitari, membri di associazioni di volontariato, nonché "personale privato" designato dallo utente. Anche questa ultima categoria merita attenzione in quanto senz'altro la meno qualificata (si tratta spesso di immigrati più o meno regolari con scarsa professionalità già nei loro luoghi di origine, con in più lo handicap di una scarsa padronanza del mezzo linguistico) e generalmente ha la responsabilità di "casi difficili" che i familiari non riescono a gestire. Il gruppo massimo per una attività eminentemente pratica è al massimo di 15 discenti.

Obiettivi: sanno fornite competenze a

- rispondere ai bisogni fisiologici dello utente
- garantire le condizioni igieniche ambientali
- favorire lo spostamento del disabile secondo le necessità di un minimo di vita sociale compatibile con il suo stato generale

Azioni:

- attraverso piantine della abitazione, del luogo di lavoro, scolastico, si verificherà se i servizi sono a norma e in difetto quali sono gli interventi minimi strutturali o le specifiche attenzioni procedurali per un uso effettivo
- prendere in esame la possibilità di attrezzare la stanza con un sollevatore
- dimostrazioni pratiche sulle più comuni manovre con pazienti non collaboranti (cambiare indumenti sporchi, dal letto alla carrozzina, dalla carrozzina al water, dalla carrozzina all'auto e viceversa etc..)

Attrezzature:

Lavagna luminosa, lucidi, videoregistratore ,TV

Sono necessari un numero adeguato di manichini il più possibile vicini ai parametri vitali

Docenti:

I membri del centro in relazione alle specifiche professionalità, con speciale riferimento alla T:D:R preposta al centro; Si richiede facilità di comunicazione e disponibilità alla verifica pratica delle proposte .

Locali:

E' previsto lo utilizzo della palestra per attività di tipo ginnico-terapeutico presente presso il reparto operativo di riabilitazione per le prove pratiche al fine di massimizzare la operatività che viene portata a termine

Tempi previsti

6 incontri di 2 ore ciascuno per un totale di 12 ore;

Costi

Le attività potrebbero essere attivate da figure interne al centro con periodicità settimanale per non interrompere la attività di routine. Pertanto i costi sono quelli di trasporto dei disabili in sede.

5.6 Rapporto con le altre figure istituzionali della assistenza

Diverso è invece il tipo di rapporto che bisogna instaurare con gli altri operatori addetti (assistenti sociali, insegnanti di sostegno, membri attivi delle associazioni genitori) in quanto portatori di specifiche tematiche e professionalità, resta alquanto difficile proporsi come titolari di specifici corsi di aggiornamento, anche perché questo tipo di utenza è caratterizzato da grande variabilità delle esigenze delle richieste, nonché delle motivazioni che lo hanno portato ad occuparsi del problema, né il centro è titolare di proposte risolutive oggettivamente; pertanto verso di essi dovrà essere attuata una azione di:

- informazione
- sensibilizzazione
- collaborazione

Informazione sugli scopi del centro, sulle sue modalità di accesso e sui servizi che garantisce
Sensibilizzazione sulla effettiva importanza di un radicamento dell'utenza sul territorio, al fine di una reale presa in carico con una effettiva responsabilizzazione degli operatori.

Collaborazione per correggere eventuali errori di rotta e per costituire un adeguato repertorio di esperienze da capitalizzare progressivamente.

La modalità potrebbe essere una riunione annuale di tipo seminariale da attuare in ottobre / novembre cui partecipi anche la ASL con sue strutture direttive per verificare la funzionalità della attività svolta e contemporaneamente proporre un piano annuale con le correzioni che potranno venire dalla esperienza di quanto svolto sinora.

E' importante rendersi conto che queste persone in quanto direttamente coinvolte con la persona disabile sono un'interfaccia utilissimo con l'utente e in quanto addette ai lavori in continuo rapporto con il disabile possono riportare esigenze che spesso non appaiono per reticenza con operatori con i quali il contatto è limitato

In tale seminario che per il primo anno assumerà la veste di presentazione del servizio sarà distribuito un manifestino così organizzato:

REGIONE TOSCANA
AZIENDA SANITARIA LOCALE N°9
AREA GROSSETANA
CENTRO DOCUMENTAZIONE AUSILI
GROSSETO VIA CIMABUE 54
TEL 0564/485111

ADDETTI

Terapista della riabilitazione A.B.

(coordinatore del centro)

fisiatra dr.prof. C.D.

Neuropsichiatra infantile E.F.

Informatico ing. G.H.

Psicologo dr.L.M.

Architetto arch. ing. N.O.

per informazioni telefonare al

0564000000

SIAMO IN GRADO DI DARE CONSULENZE GRATUITE

PER:

Scelta ausili per la mobilità

Scelta ausili per la autonomia

Scelta ausili per la comunicazione

E' POSSIBILE PROVARE L'AUSILIO IN TEMPO REALE IN UN AMPIO PARCO
AUSILI A DISPOSIZIONE DELLO UTENTE

siamo in grado di seguire l'utente nell'uso allorché si manifestano problemi anche a distanza di
tempo per la sostituzione dell'ausilio o una nuova prescrizione

E' disponibile in sede una ampia documentazione che ci permette di seguire tutte le novità nel
campo degli ausili:

Banca dati SIVA con consulenza computerizzata

INTERNET con un ampio repertorio di Indirizzi.

Legislazione aggiornata regionale e nazionale nel campo degli ausili e della disabilità in
generale.

IL CENTRO E' A DISPOSIZIONE PER RICERCHE A TUTTI COLORO CHE OPERANO
NEL SOCIALE (Insegnanti di sostegno, assistenti sociali, operatori del volontariato, etc...)
TUTTI I GIORNI IN ORARIO DI UFFICIO

5.7 Formazione utenti

Dal Piano Sanitario Regionale Toscano 1999/2001 scaturisce un altro compito del Servizio di Consulenza Documentazione Ausili , cioè la formazione del personale e dello utente.

Infatti anche il disabile non è più in questo campo soltanto il "paziente" , cioè in senso etimologico colui che subisce, sopporta, ma deve per quanto possibile acquisire consapevolezza del proprio ruolo di protagonista, essere in grado di riflettere sui propri effettivi bisogni ed obiettivi, ponendosi come partner nelle relazioni con gli operatori in modo da offrire il necessario feed-back al progetto di inserimento.

Uno dei compiti di una formazione rivolta allo utente può essere quello di fornire capacità di introspezione sulle proprie reali esigenze e limiti personali, ai fini di un reale orientamento, intesa come capacità di scelta in cui l'individuo cerca di rimuovere pregiudizi, stereotipi legati ad aspettative non sempre motivate, collegandosi al proprio ambiente di vita nelle sue componenti abitative, di mezzi di trasporto, di rapporti con gli altri.

Un corso di formazione non si può basare solo sulla conoscenza tecnica degli ausili (questa è d'obbligo) ma è indispensabile che l'utente ne tragga un reale vantaggio. La scelta di un ausilio deve sempre partire dal bisogno reale dello utente. Da questo bisogno si deve estrapolare lo obbiettivo quindi ci sarà la formazione del progetto con accanto tutte le varie "azioni" necessarie alla realizzazione del processo stesso.

Solo dopo potremo andare a verificare se lo obbiettivo è stato raggiunto.

Prima di organizzare un percorso educativo dobbiamo individuare

- i contenuti
- la metodologia
- l'organizzazione delle diverse iniziative formative.

In base ai bisogni emersi da singoli utenti, (riportati in un centro consulenza ausili) da associazioni, o da persone vicino all'utente si possono osservare e definire i contenuti di un itinerario educativo.

Sostanzialmente sono tre le aree principali della conoscenza sugli ausili:

- Area tecnologica
- Area Umana
- Area socio economica

La area tecnologica andrà a trattare più argomenti:

- comunicazione
- mobilità
- manipolazione
- orientamento

Le capacità comunicative sono indispensabili per poter crescere come persone, per poter esprimere un assenso, un dissenso su un argomento trattato e più in generale per andare a soddisfare i bisogni umani.

I vari componenti di queste aree sono:

- Comunicazione personale
- Accesso al computer
- Telecomunicazione
- lettura- scrittura

I componenti della mobilità sono:

- mobilità manuale
- mobilità motorizzata
- accessibilità
- trasporto privato
- trasporto pubblico
- ortesi e protesi di arto inferiore
- postura e posizionamento.

Per quanto riguarda la manipolazione questa non viene considerata come un metodo per svolgere attività specifiche ma piuttosto come poter fare per manipolare lo ambiente circostante , il tutto non legato all'uso delle mani, delle dita, e questa comprende:

- controllo dell'ambiente
- attività della vita quotidiana
- dispositivi scolastici
- ortesi e protesi
- sport e tempo libero.

Orientamento è la capacità di ricevere stimoli sensoriali che poi permettono di fare scelte in un percorso spazio temporale. I vari componenti sono:

- sistema di guida e orientamento (bastoni, dispositivi per il rilevamento di ostacoli, guide acustiche, adattamento allo ambiente)

Per quanto riguarda la area umana e socio-economica si farà riferimento a componenti umane che non possono essere slegate a paradigmi propri della psicologia, della pedagogia, della biologia e della sociologia che aiuteranno la persona che ha subito una disabilità a razionalizzare il proprio cambiamento e a recuperare le proprie competenze e professionalità in una ottica di sempre crescente autonomia personale. Le componenti legate a questa area sono:

- Temi legati alla disabilità
- Accettazione dell'ausilio
- Consulenza sugli ausili
- Assistenza personale
- Componenti socio-economiche

Questo gruppo di componenti serve a riflettere come un ausilio tecnico può andare ad interagire in un contesto sociale (amici, colleghi, parenti, compagni di scuola...)

Rientrano in questo "Settore"

- i concetti generali sugli ausili
- i concetti generali sulla accessibilità
- impegno e lavoro
- fornitura degli ausili
- Standardizzazione-qualità
- legislazione economica
- risorse formative.

E' bene ricordare gli obiettivi che sono alla base di qualsiasi insegnamento:

- Aiutare i discenti a:
- acquisire conoscenze
- comprendere
- analizzare
- sintetizzare
- valutare
- avere competenze pratiche
- acquisire abitudini
- adottare atteggiamenti

5.8. Metodi di Insegnamento

Si possono proporre le componenti dei metodi di insegnamento:

- parlare ai discenti
- parlare con i discenti
- far parlare i discenti fra loro
- mostrare ai discenti come si fa
- controllare il lavoro dei discenti
- far mettere in pratica ciò che hanno imparato.

Secondo G.E. Miller i metodi di insegnamento che mettono il discente in una situazione attiva per apprendere hanno maggiori probabilità di risultare efficaci di quelli che non lo fanno. Non possiamo scordarci che lo apprendimento è un processo che comporta una modificazione relativamente stabile nel modo di pensare, di sentire, di agire del discente.

E' bene non dimenticare :

- 1- lo apprendimento è un fatto personale
- 2- la motivazione è elemento essenziale
- 3- la comprensione della esperienza di apprendimento da parte del discente è importante
- 4- il feed-back è importante per chi impara

Ci sono delle condizioni che facilitano lo apprendimento :

Una

Atmosfera

Che

- incoraggi ad essere attivi
- favorisca la natura personale dello apprendimento
- ammette che la idea di essere differenti è cosa accettabile
- riconosca il diritto allo errore
- tolleri la imperfezione
- incoraggi la apertura di spirito e la fiducia in se stesso
- dia la impressione di essere rispettati ed accettati
- faciliti la scoperta
- ponga lo accento sulla autovalutazione in cooperazione
- permetta il confronto delle idee (G. J. Pinè- P. J. Horne Principles and conditions for learning in adult education- adult leadership)

Una volta individuati gli obiettivi è necessario chiarirsi (équipe di persone che progetta questo itinerario di formazione) con quale metodologia di insegnamento si vuole procedere (Corsi ??...)

Il target deve essere ben selezionato. Presentano dei vantaggi:

- Economia apparente di tempo (per lo insegnante) e di mezzi (per la istituzione)
- Presenza dell'insegnante (spettacolo...)
- Molteplicità dei discenti
- Minore impatto psicologico (altre persone sono nella mia condizione)

Ci sono però i seguenti inconvenienti:

- Maggiore passività del discente
- Scarso stimolo alla risoluzione dei problemi
- Scarso possibilità di controllo di un reale apprendimento
- Scarso rispetto dei ritmi individuali di apprendimento
- Bassa recettività

Una altra modalità è il " lavoro a piccoli gruppi". I vantaggi sono evidenti:

- Consente il dialogo insegnante -discente (grazie alla maggiore accessibilità e disponibilità dello insegnante)
- Facilita la valutazione dello apprendimento

Si rilevano però i seguenti svantaggi:

- Costo elevato in personale e tempo (a meno che non si attivino forme di "tutoring" fra discenti)

Una terza modalità è l'uso di materiali specificatamente strutturati quali possono essere libri, ciclostilati, manuali, pacchetti di autoapprendimento.

I vantaggi sono:

- Consentono allo studente di lavorare secondo il proprio ritmo
- Facilitano la autovalutazione
- Permettono l'insegnamento a grossi target di discenti
- Sono disponibili praticamente in maniera illimitata
- Facilitano la capacità di prendere decisioni (soluzione di problemi complessi)
- Evitano errori dovuti a scarsa professionalità degli insegnanti

- Permettono al buon insegnante di risparmiare del tempo da dedicare a compiti più complessi quali le relazioni interpersonali.

Possono essere aggiornati in funzione dello sviluppo del progresso scientifico e permettono di far riferimento a varie fonti.

Gli svantaggi sono anch'essi numerosi:

- Richiedono una competenza pedagogica specifica nella formulazione
- Costo elevato nello investimento iniziale (tempi di sviluppo, stampa etc..)
- Manca la dinamica di gruppo
- Manca il lavoro individuale e personale

Una successiva metodologia di insegnamento può essere il "lavoro sul campo" inteso come tirocinio pratico in situazioni complesse.

I vantaggi:

- Mette il discente in una situazione attiva
- Si rivolge ad un gruppo ristretto di discenti
- Consente di valutare se sono stati raggiunti gli obiettivi educativi
- Sviluppa le abilità di osservazione/decisione
- Assicura un contatto più stretto con la realtà (professionale)
- permettono di confrontare realtà e teoria
- consentono al discente di sviluppare un senso di fiducia in se stesso
- accrescono la variabilità

Gli svantaggi sono:

- costo elevato del personale e dell'eventuale "trasporto materiale"
- bassa standardizzazione
- limiti ristretti di utilizzazione che richiedono un'attenta pianificazione.

E' doveroso spendere due parole sul "materiale" che viene utilizzato per espletare le "lezioni":

- grafici
- cartelloni
- fotografie
- modelli
- lavagna
- blocco gigante
- presentazioni

nonché sussidi pedagogici che comportano la proiezione di immagini:

- proiezione di immagine fisse su un supporto opaco (epidiascopio)
- trasparenti per lavagna luminosa su diascopio
- diapositive e film ad immagine fissa
- cinema
- trasmissione a circuiti aperti (televisione)
- televisione a circuito chiuso e video-nastri (comporre le video cassette)
- radiodiffusione
- registrazioni sonore
- dimostrazioni tramite serie di diapositive con commento vocale o registrato
- dimostrazione con data display e computer usando appositi programmi (MS-Power point)

E' evidente la criticità della scelta dell'insegnante: La persona deve avere le competenze comunicative necessarie ad una attività di formazione, le competenze tecniche, ma anche capacità di porsi in relazione con persone disturbate anche psicologicamente quali i disabili che richiedono per comunicare specifiche tecniche psicologiche o psicopedagogiche. E' importante ad esempio capire quanto pesano i rapporti familiari al fine di rimuovere blocchi dovuti a naturali meccanismi di difesa (rimozione, sublimazione) a volte deleteri per rifiutare la migliore soluzione personale. Non è certo un compito che si improvvisa per cui è bene che il team comprenda almeno una persona che abbia avuto precedenti esperienze con i disabili anche a livello formativo e sia quindi in possesso delle specifiche tecniche di didattica differenziata necessarie per un buon successo con persone disabili.

6.Indicatori di qualità

6.1 Indicatori di qualità a breve termine

Riuscire a verificare se lo obiettivo prefissato è stato raggiunto è abbastanza arduo anche se per monitorare la efficienza e la efficacia equivale ad andare a toccare con mano se ci sono stati dei risultati o no, se ci sono stati dei cambiamenti o no e pertanto se il lavoro svolto ha avuto i suoi frutti. In primis stabiliremo degli indicatori a breve medio termine che riguardano il rapporto diretto del Centro con il paziente e possono essere rilevati con minimo investimento sia di risorse che di teoria; nel successivo paragrafo cercheremo di analizzare i rapporti con le altre strutture che agiscono sullo stesso sottosistema della assistenza protesica e isolare alcuni indicatori a lungo termine specifici sulla funzionalità del centro.

In primis dovrà essere costruito un archivio delle consulenze date ; dovrà essere sviluppato un pacchetto interno di gestione dove dovrà essere costruito un database con tutti i dati della prescrizione a partire dal nome e cognome del paziente , dalle caratteristiche fisiche al momento della prescrizione, la data di inizio e fine consulenza, la data della autorizzazione e della fornitura .Tale archivio conterrà anche i dati di un questionario in uscita che viene consegnato al paziente al momento della fine della consulenza da riconsegnare al centro amministrativo al momento della autorizzazione alla fornitura e che potrebbe essere così strutturato:

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°9
AREA GROSSETANA
CENTRO DOCUMENTAZIONE AUSILI
GROSSETO VIA CIMABUE 54**

Questionario per gli utenti al termine della consulenza

1-Hai raggiunto con facilità il Centro consulenze e documentazione Ausili? (sì - no)
Se no indica i motivi

2-Sei riuscito a instaurare un buon rapporto con lo operatore? (sì - no)

3-L'operatore si è sostituito a te nella scelta?

4-Sono state sufficienti le informazioni ricevute? (sì - no)

Se no indica i motivi

5-Il messo a tua disposizione è stato sufficiente? (sì - no)

6_Pensi che sia stato fatto tutto il possibile per risolvere i tuoi problemi? (sì - no)

Se sì indicane i motivi

7-Se avrai nuovamente bisogno tornerai al servizio? (sì - no)

8-La consulenza avuta è stata (completamente insoddisfacente, insufficiente, sufficiente, pienamente soddisfacente)

9_ Hai dei suggerimenti per migliorare il servizio? (sì - no)

10-Cosa hai apprezzato di più

11-Cosa hai apprezzato di meno

Si è scelto la forma chiusa del questionario per poterlo facilmente tabulare ed elaborarne i dati. Le alternative sono in numero pari (2 o 4) per evitare le risposte neutre che danno poche informazione per il feed-back in quanto si rileva spesso che la preferita specie quando il questionario non è anonimo è la risposta centrale. Il questionario viene consegnato all'utente dall'addetto amministrativo

dell'ufficio protesi e da esso viene istruito (la consegna deve avvenire prima della fornitura) Mensilmente l'ufficio stesso opererà la sintesi dei dati per il feed-back da riportare alle strutture direzionali e agli addetti. In particolare potrà essere tracciato un diagramma con i risultati dei questionari così da verificare gli eventuali "passi falsi" fatti e poter cambiare strategie di approccio ai problemi .

A medio termine (sei mesi circa) potrà essere effettuata una ricerca di follow-up che segua il paziente nell'uso degli ausili. Con cadenza annuale sarà inviato un questionario per il monitoraggio

**AZIENDA SANITARIA LOCALE N°9
AREA GROSSETANA
CENTRO DOCUMENTAZIONE AUSILI
GROSSETO VIA CIMABUE 54
QUESTIONARIO DI FOLLOW- UP**

Nome

Cognome

Età

Patologia

Eventuale occupazione

Luogo di lavoro (studio)

Tempo di Lavoro (studio)

1- Per quanto tempo è stato utilizzato lo ausilio? (mai - raramente - abbastanza - spesso)

2- Riesce ad essere autonomo?

a- negli spostamenti (mai- raramente- abbastanza - spesso)

b- negli atti quotidiani della vita (mai - raramente - abbastanza - spesso)

c- nella vita sociale (mai - raramente - abbastanza - spesso)

3- L'utilizzo dello ausilio è adeguato ai suoi bisogni? (completamente inadeguato - insufficiente - sufficiente - pienamente adeguato)

4-Soddisfa le sue aspettative a livello estetico - relazionale? (completamente inadeguato - insufficiente - sufficiente - pienamente adeguato)

5- e' in contatto con il centro consulenze e documentazione ausili per informazioni sull'uso dell'ausilio? (sì - no)

Se sì ritiene lo intervento adeguato

Se no indichi i motivi

6-Consigli per migliorare il servizio del centro consulenza e documentazione ausili.

L'elaborazione di questi dati porterà ad una valutazione della efficacia della consulenza portata nel tempo e sarà inserita in un apposito repertorio a somma della attività annuale per un esame più approfondito dei punti di forza e di debolezza rilevati nella organizzazione.

6.2 Indicatori di qualità a lungo termine

Per gli indicatori a lungo termine occorre far riferimento a quella che è la specificazione degli obiettivi nel Piano regionale :

- riduzione dei tempi di attesa
- razionalizzazione della spesa

E' però necessaria una analisi di processo che renda evidenti le azioni necessarie nel processo dallo emergere del bisogno alla fornitura dello ausilio:

Attualmente lo schema è il seguente:

Azione	Chi	Dove
Bisogno	Paziente	vita quotidiana
Prescrizione	Medico di base	Ambulatorio
Autorizzazione	Medico Fisiatra	Ambulatorio ausili
Assegnazione	Operatore amm/vo	Ufficio protesi
Fornitura	Tecnico addetto	Parco ausili/ditta conv.

TABELLA 6.1 SCHEMA PROCEDURA PRESCRIZIONE FORNITURA AUSILI AL TEMPO ATTUALE

Il passaggio da una azione alla successiva richiede un tempo di attesa che dipende dal tempo medio di erogazione del servizio. Tale tempo medio dipende ovviamente dalla politica aziendale di allocazione delle risorse (numero degli operatori, risorse temporali e materiali assegnate) ma anche dalla capacità di collaborazione con i livelli precedenti in quanto il tempo viene utilizzato soprattutto per una corretta raccolta delle informazioni utili alla azione.

Attualmente il processo trova il “collo di bottiglia “ nella autorizzazione che viene effettuata da un unico medico fisiatra il quale deve effettuare tutto il lavoro di orientamento/consulenza che si prevede di affidare al centro.

Pertanto la costituzione del centro ausili che istruisca la pratica secondo una modulistica standardizzata con la raccolta delle notizie utili ed elabori una proposta su cui il professionista possa orientarsi per la autorizzazione con i dati strettamente medici di sua competenza ha la funzione di alleggerire il “nodo” del sistema con una diversificazione delle competenze utilizzando in maniera più adeguata la professionalità medica:

Lo schema logico che esprime la procedura integrata dalla istituzione del centro ausili può essere esemplificato nella seguente tabella:

Azione	Chi	Dove
Bisogno	Paziente	vita quotidiana
Prescrizione	Medico di base	Ambulatorio
Consulenza	Operatore c.d.a	Centro documentazione Ausili
Autorizzazione	Medico Fisiatra	Ambulatorio ausili
Assegnazione	Operatore amm/vo	Ufficio protesi
Fornitura	Tecnico addetto	Parco ausili/ditta convenzionata

TABELLA 6.2 SCHEMA PROCEDURA PRESCRIZIONE FORNITURA AUSILI DOPO LA ISTITUZIONE DEL CENTRO

In questa ottica l'indicatore che maggiormente verificherà la funzionalità del servizio, a parità degli altri indici di funzionalità è la durata dei tempi di attesa prescrizione autorizzazione .

Pertanto lo schema sarà:

Finalità	Obiettivi	Indicatore
Riduzione dei tempi di attesa	riduzione tempi di attesa specifici	tempo di attesa prescrizione-autorizzazione

TABELLA 6.3 SCHEMA INDICATORI ISTITUZIONALI PER LA FINALITA' RIDUZIONE DEI TEMPI DI ATTESA AUSILI DOPO LA ISTITUZIONE DEL CENTRO

Una altra finalità indicata dai piani sanitario regionale è la razionalizzazione della spesa. Non è semplice definire in maniera inequivocabile quando una spesa sia razionale e quando no; ci si può aiutare con alcuni esempi concreti.

A volte vengono concessi agli assistiti due scarpe ortopediche all'anno sic et simpliciter come previsto dalla data di rinnovo minima del tariffario nazionale ausili. Ritengo che questo sia un uso non corretto del denaro pubblico in quanto ad esempio per pazienti non deambulanti la usura è molto scarsa e vengono ad essere rinnovate scarpe ortopediche di costo non indifferente senza un reale bisogno in quanto il presidio è praticamente nuovo.

Altre volte ad altri pazienti vengono dati cuscini antidecubito con tempo di rinnovo di due anni. Tale presidio è strutturalmente molto deteriorabile specie con pazienti di consistenza fisica non indifferente . Pertanto potrebbe essere prescritto il materiale in deroga al tempo di rinnovo qualora ci fossero le circostanze (presidio completamente deteriorato ed inservibile , presenza di fondi in bilancio) qualora si riesca a fare un risparmio di spese per prescrizioni non indispensabili.

Uno schema plausibile, che tiene conto anche del fatto che il Centro ausili ha peraltro funzioni limitate in quanto non influisce sulla politica aziendale degli acquisti (acquisto su budget annuale, mensile, con buy on demand o con costituzione anticipata di un parco risorse, etc...) per cui la razionalizzazione della spesa avviene soprattutto per quanto riguarda la correttezza funzionalità della proposta di autorizzazione , ma influisce molto poco sullo altro aspetto del costo unitario dell'ausilio che dipenderà dalla politica commerciale dell'azienda e quindi da parametri quali il tasso di investimento e di standardizzazione/personalizzazione che vuole essere assicurato, può essere anche la seguente tabella:

Finalità	Obiettivi	Indicatori
razionalizzazione della spesa	1.correttezza della prescrizione	1.1 percentuale di resi anticipati per non uso per scarsa funzionalità
	2.uso corretto dei materiali	2.1 percentuale di utilizzazione
		2.2 rispetto dei tempi minimi di rinnovo
		2.3 tempi di rinnovo superiori al minimo
	3.spesa unitaria per ausilio	3.1 media pesata statistica

TABELLA 6.4 SCHEMA INDICATORI ISTITUZIONALI PER LA FINALITA' RAZIONALIZZAZIONE DELLA SPESA PER LA FORNITURA DEGLI AUSILI DOPO LA ISTITUZIONE DEL CENTRO

Gli indicatori che interessano la funzionalità del centro al di là degli aspetti di immagine/ costituzione rapporti con il territorio e con il paziente saranno i primi quattro e cioè 1.1 2.1 2.2 2.3 che potrebbero essere desunti per quanto riguarda i dati 1.1 2.2 2.3 dal database delle prescrizioni /autorizzazioni che viene rinnovato con cadenza al massimo mensile ed è quindi praticamente sempre aggiornato, mentre il punto 2.2. potrebbe essere un punto di un questionario di follow-up da consegnare allo assistito.

La valutazione degli indicatori va fatta inizialmente in termini relativi nel senso che bisogna vedere globalmente un miglioramento delle performances per giudicare positivamente la funzionalità del centro.

Successivamente ne sarà data una trattazione analitica incrociando i dato con i fornitori al fine di valutare la globalità del processo per un reale calcolo costi/benefici. Ad esempio se i dati di un fornitore fossero sistematicamente inferiori agli altri se ne dovrà tenere conto in sede di aggiudicazione di una gara di appalto.

Ciò perché tutto il sistema sanitario deve essere centrato sul beneficio del paziente e non su quello di operatori dipendenti o non che in esso confluiscono

7. Analisi economica

7.1 Analisi dei costi

Riuscire a fare un'analisi di costi-benefici conseguenti a una decisione è senza dubbio più difficile che non fare un elenco di quanto può venire a costare un servizio, ci sono dei costi che normalmente non vengono mai quantizzati anzi in alcuni casi diamo per scontato che le famiglie del disabile, i vari volontari (vicini di casa, amici, parenti) debbono fornire l'assistenza gratuitamente, assistenza che difficilmente sarà trasformabile in quantità monetaria.

Andremo quindi a parlare di costo sociale che sarà rappresentato da tutti i vari componenti della società chiamati a recitare una determinata parte.

Costi diretti (sociali) ossia tutto ciò che viene fornito al disabile, dal S.S.N. o da altri enti: INAIL, assicurazioni varie, Regioni, enti locali, sia in ausili che in personale tecnico.

Costi differenziali, ossia quei costi che devono essere sostenuti in ogni caso es. ausili già prescritti precedentemente.

Costo incrementale cioè la differenza del costo di un'alternativa di riferimento con una altra di confronto.

7.2 Analisi del costo decisionale

Ci sono dei costi che vengono sostenuti inizialmente e possono essere definiti come "costi primari di investimento" questi comprendono tutte le spese sostenute per comprare un ausilio, per la sua personalizzazione, tutti gli interventi che devono essere fatti per la messa in opera e l'installazione di un determinato ausilio; tutte le spese sostenute per la ristrutturazione architettonica necessarie per l'installazione di un determinato "sussidio" sia questo l'ascensore o la ristrutturazione di un bagno; non possiamo dimenticarci dell'addestramento all'uso che dovrà essere quantificato di volta in volta.

Perché l'ausilio venga utilizzato per un certo periodo di tempo ci sono dei costi aggiuntivi, questi vanno a ricoprire le voci: della manutenzione, del normale funzionamento (ad esempio l'energia elettrica per l'utilizzo di un ascensore, le "cartucce" per la stampante, la bolletta telefonica per il collegamento internet ecc..

Bisogna tenere presente anche il costo dell'assistenza che dovrà essere quantificato e per fare questo avremo bisogno di sapere quante volte in un mese l'assistenza deve essere fornita, per quanto tempo deve durare ogni volta, nonché il tempo impiegato dall'operatore per lo spostamento (viaggio dal luogo di lavoro e rientro).

Nella decisione che deve essere presa c'è da calcolare anche il risultato e o beneficio che si avrà da un determinato ausilio es. fra due carrozzine ugualmente valide a soddisfare il bisogno del paziente, con lo stesso costo, sarà l'utente che dovrà scegliere quella che secondo lui più si adatterà alle sue esigenze e quindi sarà quella che userà di più. E' giusto scegliere un sussidio in un rapporto costi-benefici dove per benefici si intende il risultato finale ossia l'utilizzo più opportuno da parte del cliente.

E' opportuno tenere presente che l'ausilio contribuisce a "esteriorizzare una disabilità" e con esso ci si può confrontare a mente serena e libera solo se la disabilità è accettata. Il primo impatto con qualsiasi ausilio, dal bastone al deambulatore alla carrozzina, se la persona non ha trovato le risorse interne e l'aiuto esterno per accettare la sua disabilità, può apparire una sconfitta un segno permanente di una situazione vissuta come condizione di inferiorità rispetto agli altri, l'oggetto visibile che ti fa pensare al fatto di "non essere più come prima".

Nell'ottica del costo dell'ausilio deve rientrarci anche che è uno strumento che concorre al recupero della qualità della vita della persona e che da questa deve essere accettato come un "prolungamento" di se stesso.

E' importante, specialmente per scelte che possono avere più soluzioni tecniche mettere l'utente a conoscenza di tutti i possibili interventi specificando di ognuno i vantaggi e gli svantaggi.

7.3 Un Esempio

Per esplicitare la tesi sopra descritta è possibile riflettere solo a posteriori su delle scelte che sono state fatte (il servizio documentazione ausili a Grosseto non è ancora decollato) su dei pazienti dell'unità

operativa di rieducazione funzionale: Fabio ha subito un trauma alla colonna cervicale C4/5 all'età di diciotto anni, la diagnosi emessa è di tetraplegia con una sola e piccola possibilità di movimento di una mano, anzi di un palmo di una mano. Uno dei primi problemi che abbiamo dovuto affrontare con il servizio di riabilitazione è stato quello della fornitura di una carrozzina. Prima di decidere quale delle tre possibilità adottare: fornire la sola carrozzina manuale, la sola carrozzina elettrica, o entrambe; abbiamo fatto una analisi non solo economica (la fornitura rientrava nelle procedure standard del servizio sanitario nazionale tramite ex nomenclatore tariffario delle protesi) ma anche personale, da questa è emerso che Fabio è un ragazzo con delle aspettative "normali" infatti dopo aver conseguito la maturità voleva recarsi all'università, (a Grosseto, città dove abita Fabio, non c'è l'università ma questa si trova a Siena) ma era ben determinato a mantenere il più possibile i residui motori (anche se estremamente limitati).

Per questo è stato commissionato a un calzolaio uno splint realizzato con del cuoio per permettergli di autospingersi con il palmo della mano senza farsi del male in una carrozzina manuale con le ruote posteriori grandi; tutto ciò gli ha permesso di non rinunciare all'unico movimento che è in grado ancora di fare (viene ribadito che per lui questo è estremamente importante).

Questa soluzione però si è dimostrata inadeguata quando, con due amici, si è recato a Siena per la prima volta all'università (Siena è una bellissima città, ma contrariamente a Grosseto non è in pianura specialmente il centro storico dove Fabio doveva andare) tutte le energie di Fabio se ne andavano nello sforzo di autospingersi c'è da dire che accettava di controvoglia di essere spinto dagli amici per queste ragioni gli è stata fornita anche una carrozzina elettrica che lui usa quando si reca all'università.

L'osservazione clinica ed il follow-up hanno confermato la validità di tale scelta che ha aumentato di molto l'indipendenza di movimento di Fabio, la sua integrazione sociale, e la soddisfazione personale e conseguentemente ha migliorato la sua qualità della vita.

Costi da sostenere (£x1000)	Ipotesi 1 (situaz. Invariata)	Ipotesi 2 (Carrozz.manuale)	Ipotesi 3 (Car. Manuale +elettrica)
Ausili		3.500	11.000
Addestramento		400	2400
Costi di esercizio/anno		200	1200
Ore di Assistenza /anno	3000	1.800	600
Spesa Assistenza/anno	75.000	45000	15000
Durata teorica (anni)		4	4
Spesa totale in 4 anni	300.000	184.300	78.000

Tabella 7.1 Analisi costi/benefici Fabio

Anche l'analisi dei costi dimostra che la soluzione scelta, anche se apparentemente più onerosa in termini di investimento iniziale, porta ad un globale risparmio nel lungo periodo se confrontata con altre alternative (assistenza personale per spingere la carrozzina.)

7.4 Un secondo esempio

L'analisi dei costi ha mostrato che tali risultati vengono raggiunti con un investimento globale di circa trentadue milioni di lire in dieci anni.

E' quasi impossibile dimostrare con delle scale che tengano conto solo di valori economici le differenze esistenti tra una carrozzina manuale e una carrozzina elettronica di costi di investimento certamente non comparabili..

L'unica analisi che è stato possibile fare è stata quella di mettere a confronto delle alternative come nel "caso " di Marco

Marco, ventitré anni, tetraplegico con una lesione di C4/C5 da circa cinque anni in seguito a un trauma.

L'unico movimento che autonomamente compie è quello di sollevare una scapola la destra, utilizzando il muscolo trapezio estendendo anche l'avambraccio, per spostarsi non è in grado di far funzionare da solo la carrozzina manuale.

Vive in una casa di proprietà con la madre , il padre (sta poco in casa perché lavora) e una sorella che viene sporadicamente perché è sposata e vive in una altra casa; la sorella viene chiamata quando Marco deve fare il bagno.

C'è da aggiungere che l'utente non abita a Grosseto città, ma in un paesino di montagna dove per altro è difficile trovare delle persone , al di fuori della famiglia, che lo aiutino nell'assistenza personale.

Per Marco è un incubo l'ora del bagno (in quella casa c'è solo un bagno): la carrozzina non passa dalla porta, che deve tutte le volte essere smontata dai cardini e appoggiata al muro fuori dal bagno stesso; solo così' la carrozzina entra nel bagno.

La soluzione ipotizzata prevede l'inserimento di un sollevatore a binario (nel caso specifico con l'imbracatura" a braccia doppie incrociate") per consentire i trasferimenti diretti letto- lavabo- wc- vasca.

Tale attrezzatura potrebbe essere utile anche per il trasferimento dalla carrozzina.

Il sollevatore potrebbe rendere più agevoli gli spostamenti di Marco riducendo i possibili rischi sia per lui che per la madre (danni al rachide dato che Marco è alto 182 cm.)

Il servizio igienico potrebbe essere attrezzato con una sostanziale opera di ristrutturazione, mantenendo però la forma originale del bagno, così' anche per il wc. E il radiatore.

Sostanzialmente le opere previste potrebbero essere :

1) sostituzione della porta a battente con una porta a scorrimento a scomparsa (previa demolizione della parete esistente)

2) sostituzione di un radiatore con in alto, verticale a ingombro molto ridotto, tipo " scaldasalviette".

3)specchio molto grande che tenga conto delle diverse altezze dei vari componenti della famiglia (di Marco e dei suoi familiari)

4)Diversa collocazione del lavabo , sostituito con un modello ergonomico, di tipo a mensola e con scarico arretrato (per consentire un migliore accostamento della carrozzina) e con rubinetto miscelatore a leva lunga

5) mobiletto pensile tra lavabo e lavamani

6)carrello contenitore con ruote

7)eliminazione del bidet per acquistare spazio, la cui funzione può essere sostituita con una doccetta estraibile installabile su un lavamani.

8)scarico del wc. A parete con pulsante a placca.

9) vasca di tipo normale potrebbe essere rialzata in modo da facilitare l'assistenza in bagno.

10) creazione di una doppia parete scorrevole (a due ante) realizzabile con la demolizione di una parete (a tutta altezza) così' da consentire il percorso dalla camera da letto al bagno.

Con l'accesso della porta che non immette direttamente in camera si è consentito l'utilizzo del bagno anche agli altri componenti della famiglia rispettando la privacy della camera da letto.

11) inserimento del binario a soffitto con l'ancoraggio del sollevatore.

E' opportuno sottolineare che gli interventi devono essere fatti a regola d'arte ossia ci deve essere il perfetto scorrimento della parete, senza binari sporgenti nel pavimento(potrebbero venire utilizzati in seguito anche congegni elettronici per la chiusura e apertura della parete)

Questo è uno degli interventi ipotizzati per Marco altri potrebbero esser di lasciare fare tutto e prevedere delle persone fisse per l'assistenza o prevedere solo una ristrutturazione parziale del bagno senza l'uso del sollevatore per essere sicuri che la decisione presa sia quella giusta bisogna fare una analisi dei costi comparando le diverse soluzioni.

A tal fine si può comporre la seguente tabella:

Costi da sostenere (£x1000)	Ipotesi 1 (situaz. invariata)	Ipotesi 2 (Ristrutt.bagno)	Ipotesi 3 (Adatt. bagno)
Ausili		30.000	16.000
Addestramento		200	200
Costi di esercizio/anno		200	
Ore di Assistenza /anno	200	16	150
Spesa Assistenza/anno	5000	400	3750
Durata teorica (anni)		10	20
Spesa totale in 50 anni	250000	180.200	237.700

Tabella 7.1 Analisi costi/benefici Marco

Questo modello considera i costi sociali che la comunità attua per la assistenza a Marco dando un valore monetario anche a tutte quelle prestazioni che generalmente vengono fornite a titolo gratuito per valutare il "costo sociale " di ogni prestazione e valuta il beneficio come minor costo. Il valore è quindi pertanto solo di tipo qualitativo e scarsamente quantitativo in quanto non tiene conto degli aspetti individuali della "qualità della vita " che migliorano con il minore ricorso alla assistenza e con l'aumento del grado di autonomia individuale per cui alla soluzione di maggior impatto tecnologico che permette un maggior grado di autonomia va attribuito un beneficio globale di ordine di grandezza valutabile nelle centinaia di milioni tenendo conto del valore della invalidità di una persona e del cosiddetto "danno biologico" anche ai fini assicurativi.

7.5 Costo del Servizio

Il costo del servizio si può fare agevolmente in termini annui tenendo conto di quanto predisposto nel cap.4.

Locali:

- un locale di venti metri quadrati posto al primo piano, con una lunga rampa di accesso a pendenza
- parco ausili per prove in tempo reale per gli oggetti più comunemente descritti (carrozine ortopediche, deambulatori, tavoli di statica ecc.)

Affitto annuo per un fondo di circa 50 metri quadrati in periferia circa 12 milioni

Spese pulizia 3 milioni

Riscaldamento 1 milione

Attrezzature di arredamento:

- una scrivania
- un armadio con vetrine a giorno per contenere libri pubblicazioni ecc..
- un mobile porta personal computer
- tre poltroncine per gli utenti
- due poltroncine per gli operatori.

Spese per i mobili 12 milioni :Ammortamento in 10 anni

Materiali informatici:

- un personal computer di versione abbastanza recente (almeno Pentium 200) con sistema operativo Windows 95 o successivo con lettore CD ROM e modem.
- un collegamento internet ISDN con casella e-mail riservata
- materiale cartaceo dimostrativo (depliants, etc..)
- banca dati per legislazione (leggi nazionali e regionali, tariffario etc..)
- programma SIVA (banca dati ausili)
- programma di gestione ausili applicativo specifico da sviluppare in ambito ASL per la gestione degli ausili di proprietà ASL
- pacchetti applicativi di uso corrente quali:
WORD (videoscrittura)

EUDORA (posta elettronica)
 NETSCAPE (browser internet)
 ACCESS(catalogazione)
 EXCEL (foglio elettronico)

Spese per attrezzature informatiche 4,5 milioni con ammortamento in 3 anni

Materiale librario

Biblioteca di base : Legislazione repertori etc.

Costo 5 milioni ammortamento 5 anni

Abbonamenti riviste, banche dati 3 milioni annui

Personale

Sarà assegnata una unita' terapeuta della riabilitazione con formazione specifica negli ausili e competenze psico-pedagogiche Tale unita' di personale costituisce il perno di tutti gli interventi che saranno affiancati a lei: livello 7°

- specialista fisiatra 200 ore livello 9°
- specialista neurologo 24 ore livello 9°
- specialista psicologo 24 ore livello 9°
- specialista neuro psichiatra infantile 24 ore livello 9°
- assistente sociale 24 ore livello 7°
- terapeuta occupazionale 24 ore livello 7°
- tecnico informatico 24 ore livello 7°
- architetto 24 ore livello 9°
- Unità amministrativa 200 ore livello 5°

Dal CCNL un calcolo approssimativo dei costi compresi gli oneri riflessi (IRPEF contributi previdenziali e assistenziali di circa 112 milioni annui

Rimborsi per spese di viaggio presso pazienti non disponibili a recarsi in sede 3 milioni

Spese per formazione operatrice 1,5 milioni /anno

Altri costi di esercizio

Telefono elettricità posta circa 3 milioni annui

Abbonamento internet ISDN 2 milioni annui

I costi si possono riassumere nella seguente tabella :

Motivo di spesa	costo di investimento	Anni di ammortamento	spesa di esercizio annua
Affitto locali			12.000.000
Pulizia locali			3.000.000
Riscaldamento locali			1.000.000
Mobili	12.000.000	10	1.200.000
Attrezzature informatiche	4.500.000	3	1.500.000
Dotazione libraria	5.000.000	5	1.000.000
Abbonamenti riviste e banche dati			3.000.000
Formazione responsabile			1.500.000
Personale			112.000.000
Rimborsi			2.000.000
Posta, Telefono Elettricità			3.000.000
Internet			2.000.000
Totale	21.500.000		143.200.000

Tabella 7.1 Analisi costi Centro documentazione e consulenza ausili ASL9 Area Grossetana

8. Conclusione .Valutazione qualitativa costi benefici

Dal costo totale della istituzione del servizio si può dare una stima qualitativa del rapporto costi benefici. Supponendo il servizio a regime si può stimare che dei 1000 interventi previsti 900 siano interventi semplici che si risolvono con la informazione e con un unico colloquio, gli altri 100 richiedano invece una media di 6 incontri di un ora l'uno con l'intervento di specialisti ed eventuali trasferte. Pertanto si può ragionevolmente stimare che i 100 interventi complessi assorbano il 50% delle risorse per un costo ad intervento di circa £ 700.000.

E' evidente quindi che avendo stimato in centinaia di milioni il beneficio per un intervento complesso come per Marco la spesa , anche se il centro non fosse pienamente a regime ed avesse costi superiori sarebbe comunque inferiore di 2-3 ordini di grandezza e quindi pienamente efficiente nel rispondere allo investimento fatto.

Pertanto si può ragionevolmente supporre che efficienza ed efficacia coincidano e che la istituzione di questo Centro Consulenza e documentazione Ausili sia pienamente rispondente alle esigenze della popolazione quale indubbio presidio di civiltà.

Auspichiamo pertanto che la Direzione della ASL 9 confermi le scelte della direzione sanitaria e in applicazione del piano sanitario regionale predisponga quanto prima l'avvio di un servizio che avrà un'utilità comunque apprezzabile, ricorrendone tutti i presupposti per un buon funzionamento.



Figura 1

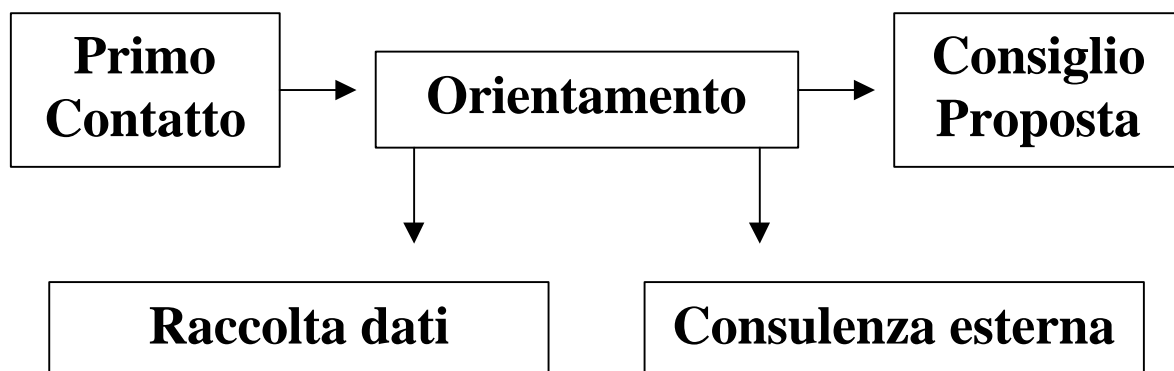


Figura 2

9. Ringraziamenti

Si ringrazia il personale della ASL 9 per lo aiuto prestato nel reperimento dei dati epidemiologici e ed economici in particolare il Dr. Carpi ed il Dr. Lecci.

10. Bibliografia

- 1) J.J.Guibert: *Guida Pedagogica: Organizzazione Mondiale della Sanità*, Armando Editore Roma 1981
- 2) Andrich R. (a cura di) *Ausili per la autonomia*. Edizioni Pro Juventute , Milano 1988
- 3) Vacconi R. *La sanità incompiuta* . La Nuova Italia Scientifica, Roma 1991
- 4) Ferrario M. *Imparando a cambiare*. Edizioni Pro Juventute , Milano 1996
- 5) Andrich R. (a cura di) *Consigliare gli ausili*. Edizioni Pro Juventute , Milano 1996
- 6) Andrich R., Moi M. *Quanto costano gli Ausili* . Edizioni Pro Juventute , Milano 1996
- 7) Andrich R *Tecnologie per la autonomia* . Edizioni Pro Juventute , Milano 1996
- 8) Andrich R, Ferrario M. ed altri *Elementi di analisi Costi- Benefici* Edizioni Pro Juventute , Milano 1996
- 9) *Piano Sanitario Regionale della Regione Toscana 1999/2001*
- 10) *Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana n°332/99 D.M. 27/8/99*