



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

Organizzazione e metodologia di lavoro del Servizio Informazione e Progettazione Autonomia

S.I.P.A. AIASalerno

Candidata: Giuseppina De Filippo

***Abstract:** L'autore descrive l'organizzazione di un Servizio Informazione Ausili all'interno di una Struttura Riabilitativa e focalizza l'attenzione sulla validità di un'integrazione tra percorso riabilitativo e percorso di autonomia.*

Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

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

INTRODUZIONE

L'attuale AIASalerno Onlus-Filomena Gambardella, è nata nel 1965 come sezione dell'A.I.A.S. Nazionale e, nel corso della sua storia ha offerto strutture, servizi e persone alla lotta contro la disabilità e le emarginazioni.

Costantemente impegnata in un progetto per l'incremento continuo della qualità nei servizi, nelle strutture e nei modi di lavorare, attualmente è presente sul territorio di Salerno e provincia con quattro Centri di Riabilitazione con sede a: Salerno – Maiori – Nocera Inferiore - Pellezzano, tutti accreditati al SSN e strutturati per fornire – erogare trattamenti riabilitativi a regime ambulatoriale o domiciliare, la struttura di Pellezzano accoglie inoltre pazienti in regime di degenza diurna.

Storicamente il percorso riabilitativo o abilitativo, così come è inteso nella nostra struttura, è un processo sinergico, che comprende tre momenti fondamentali:

- la valutazione diagnostica
- la fase medica della riabilitazione
- la guida all'integrazione sociale.

La valutazione diagnostica, avvalendosi dell'apporto di varie figure professionali (fisiatra-neurologo- neuropsichiatra- ortopedico- cardiologo- psicologo- sociologo- pedagogo- assistente sociale) e di indagini strumentali e non strumentali, esamina la persona sotto il profilo della menomazione, della disabilità e dell'handicap, rilevando quindi i danni e le limitazioni derivanti dalla patologia senza trascurare le specifiche condizioni psicologiche, il contesto familiare e socioeconomico.

Sulla base dei risultati complessivi della valutazione diagnostica vengono quindi individuati e programmati gli obiettivi ed i percorsi terapeutici individuali.

Appare chiaro che già nella fase iniziale della presa in carico di un paziente si presta pari attenzione all'aspetto medico-sanitario ed alle problematiche specifiche per l'individuazione di un percorso relativo all'accettazione della disabilità, all'adozione di ausili appropriati ed all'addestramento all'autonomia, tutto ciò per favorire l'integrazione nella comunità, nella scuola, nel mondo del lavoro e delle relazioni interpersonali.

Ritengo importante sottolineare lo sforzo costante della struttura sulla diffusione della cultura dell'integrazione, tramite la attuazione di iniziative decisamente innovative per le realtà del nostro territorio, come ad esempio l'attivazione di un progetto fondato sull'utilizzo di strumenti informatici che ha consentito la formazione di gruppi di lavoro integrati abili-disabili, specializzati nell'attività di catalogazione e di monitoraggio ambientale e strutturale. In questo ambito si può menzionare il servizio svolto con successo per la Facoltà di Architettura dell'Università Federico II di Napoli e per la Sovrintendenza ai Monumenti di Caserta.

Anche la recente nascita della VelAIASalerno, con equipaggio integrato abili - disabili che permette di uscire dallo schema fisso di partecipazione a gare riservate è un chiaro messaggio di quanto si ritenga essenziale dare esempi vari, concreti ed anche provocatori (il mare non ha gradini!) su quanto effettivamente sia possibile attivare per realizzare ciò che purtroppo ancora oggi è realtà per pochi.

Ritornando al discorso iniziale relativo alla nostra impostazione di lavoro, sottolineo che non a caso ho definito il percorso riabilitativo come processo sinergico teso ad evitare che una menomazione instauratasi per cause congenite o acquisite, traumatiche o patologiche, crei una condizione di disagio sociale, ovvero di handicap. Quindi, oltre alla prevenzione dei danni terziari, della deprivazione sensoriale e al raggiungimento o recupero di competenze (motorie, cognitive, relazionali), deve consentire l'acquisizione della coscienza di malattia e permettere il raggiungimento del grado più alto di autonomia e di autosufficienza sia attraverso le risorse residue del paziente, sia sfruttando risorse esterne tecnologiche che schematicamente possiamo considerare utili a:

- adattare la persona all'ambiente
- adattare l'ambiente alle necessità della persona.

Partendo dal principio che un danno, una lesione, disgrega il rapporto uomo ambiente, l'intervento riabilitativo deve proporsi di ristabilire questo rapporto, sia operando direttamente sul soggetto per agevolargli "l'esperienza", sia intervenendo sull'ambiente per facilitarne la fruizione.

Classicamente il recupero del movimento è il centro dell'analisi del riabilitatore ed il centro delle richieste e delle aspettative del paziente e/o dei familiari per cui grande è il rischio di ridurre il trattamento all'applicazione di metodiche e di guardare al paziente solo nella realtà dell'ambiente terapeutico, rimandando o riducendo le problematiche relative all'utilizzo di quanto raggiunto o raggiungibile nella realtà quotidiana e nei vari aspetti e bisogni della vita.

Mi piace sottolineare a questo punto quanta importanza ha avuto nel metterci al riparo da questi errori, già nei tempi più addietro, quando impostazioni oggi comuni erano da considerarsi innovative, l'impostazione e la formazione dataci dal prof. Formica, direttore della scuola per terapisti della riabilitazione dell'A.I.A.S. di Salerno e consulente presso i nostri centri e servizi sul territorio.

Nel corso degli anni, dalla fondazione della struttura egli ha saputo sempre fornire indirizzi e spunti di riflessione volti al superamento di puri approcci neurofisiologici e kinesiologici per promuovere una valutazione del disturbo motorio e del conseguente programma riabilitativo che tenesse conto della "disponibilità motoria, considerata come un farsi motorio complessivo del soggetto di fronte all'ambiente nel quale egli vive ed agisce e con il quale si confronta in un continuo affaccendamento".

L'ambiente in questa visione non è un elemento passivo in cui il gesto viene compiuto, ma assume un ruolo attivo nella sua funzione di campo di realizzazione dell'io.

La comprensione del rapporto ambiente-soggetto non può prescindere dalla conoscenza della dimensione corporea, dello schema corporeo e delle relazioni spaziali.

Schilder definisce lo schema corporeo come l'immagine spaziale che si ha del proprio sé, per Hecean è un dato conoscitivo che consente la coscienza immediata del nostro corpo.

L'immagine corporea è in stretto rapporto con le capacità di esplorare le relazioni spaziali e l'esplorazione spaziale va considerata come un requisito necessario per lo svolgimento di qualsiasi operazione.

Il bambino impara attraverso l'esperienza le relazioni spaziali ed arriva a concepire l'idea di una realtà che esiste indipendentemente dal suo percepire.

Se, come sostiene Piaget, attraverso il gesto e l'interazione con l'ambiente il bambino giunge alla conoscenza della dimensione sé- non sé, alla coscienza dell'io opposto al mondo esterno, un danno, motorio o sensitivo che sia, comporta una riduzione dello spazio agibile ed infine a una riduzione dell'io.

La malattia quindi riduce la disponibilità motoria e la plasticità di relazione con l'ambiente e se a ciò si aggiunge la deprivazione sensoriale che priva l'organismo di stimoli afferenti fondamentali le conseguenze saranno tali da determinare anche danni alle funzioni intellettive ed affettive.

Appare chiaro che in questa ottica l'approccio riabilitativo va al di là del puro recupero delle singole funzioni lese, ma deve necessariamente indagare sul significato particolare e generale di quelle funzioni e su come una lesione in quel soggetto abbia alterato le capacità di interagire con l'ambiente.

Il lavoro è quindi teso a costruire o ricostruire l'esperienza dello 'spazio agibile', campo d'azione del movimento, la cui esperienza è disgregata o annullata per effetto della malattia.

Fondamentalmente su questi principi abbiamo nel tempo sperimentato, utilizzato e consigliato gli ausili intesi come accorgimenti, dispositivi, strumenti atti a modificare l'ambiente e ad incrementare la disponibilità corporea al fine di raggiungere o sviluppare al massimo livello le capacità fisiche, psichiche e sociali del nostro paziente.

Gli ausili possono dunque considerarsi l'anello di congiunzione tra riabilitazione medica e riabilitazione sociale, sono parte integrante del progetto riabilitativo e vanno scelti con l'utente e per l'utente che deve essere adeguatamente informato e coinvolto.

Qualsiasi ausilio, anche quello più adatto ad un certo tipo di disabilità e qualitativamente migliore ma che non sia accettato dall'utente, è destinato a non essere usato e a fallire quindi nello scopo ultimo di dare maggiore autonomia e migliorare la qualità della vita.

La scelta di un ausilio costituisce quindi un vero e proprio percorso che si avvia a ruota attorno al disabile e con il disabile, basato anch'esso sull'integrazione delle varie competenze professionali che costituiscono l'équipe riabilitativa.

Negli ultimi anni abbiamo assistito al sempre più rapido diffondersi di nuove tecnologie che offrono possibilità di autonomia un tempo impensabili e, nelle nostre realtà territoriali, ad una risposta maggiore al nostro lavoro di diffusione della educazione all'autonomia nel senso più ampio del suo significato.

Abbiamo infatti riscontrato una modificazione anche se minima della visione distorta dell'ausilio come marchio di disabilità ed un aumento di richieste spontanee di soluzione di problemi per il raggiungimento o il miglioramento dell'autonomia in attività o aree specifiche.

Un'analisi complessiva dell'impegno e dell'attività in questo campo all'interno di ogni singolo centro facente parte della nostra struttura, unito alla volontà di contribuire e promuovere la qualità di vita e la integrazione sociale del disabile, ha fatto nascere l'idea di costituire un gruppo di lavoro specifico e specialistico atto a rispondere in modo chiaro e completo ai bisogni dell'utente e a permettere di affrontare la scelta degli ausili in modo coerente ed integrato nel protocollo riabilitativo.

2. ANALISI DELLE ATTIVITA'

Come già detto precedentemente l'AIASalerno è presente sul territorio con tre servizi rispondenti ai criteri di accreditamento per prestazioni ambulatoriali e domiciliari ed un quarto centro che oltre a queste prestazioni offre un servizio di tipo diurno.

Appare ovvio che ogni singolo centro possiede i requisiti e l'autonomia operativa grazie alla presenza delle varie figure tecniche necessarie allo svolgimento dell'attività riabilitativa specifica, ma nell'ambito di ogni struttura esistono delle specificità di intervento o la sede logistica di attività e/o servizi (vedi diagnostica medica) che rafforzano una connessione operativa ed un costante interscambio di esperienze e verifiche tra le varie realtà.

Le attività della struttura nel suo complesso, intesa come insieme di risorse umane, di spazi fisici e di mezzi, ricollegandoci a quanto precedentemente esposto nell'introduzione, a proposito del percorso riabilitativo così come è da noi visto e attuato, può essere così riassunto schematicamente:

- **Valutazione Clinica**

Utilizzando le diverse competenze professionali disponibili nei centri ed in base alle necessità, i pazienti sono sottoposti alle seguenti visite specialistiche:

Fisiatrica
Ortopedica
Neurologica-Neurofisiologica
Geriatrica
Cardiologica
Pneumologica
Neuropsichiatrica Infantile

- **Accertamenti Diagnostici strumentali**

➤ Valutazione Respiratoria:

Ossimetria
Spirometria
Valutazione Consumo Energetico

➤ Esame Cardiologico:

ECG

ECG secondo Holter
Prova da sforzo
Telemetria
Holter pressorio
Ecocardiogramma
Ecostress

➤ Esame E.M.G. globale:

Velocità di conduzione
Potenziali evocati sensitivi
Polielettromiografia

- **Accertamenti diagnostici non strumentali**

Si avvalgono dell'esperienza e della formazione raggiunta dal personale.

Bilancio articolare e muscolare
Valutazione Funzionale Globale (disability scale)
Test di velocità, coordinazione e destrezza
Test di abilità percettiva e motoria
Test per afasia-aprassia- funzioni mnesiche
Test funzioni intellettive
Valutazioni psicodiagnostiche
Valutazione utilizzo ausili tecnologici per la comunicazione

- **La Riabilitazione**

In base alle varie necessità si effettuano le seguenti terapie riabilitative:

Rieducazione Neuromotoria (tecniche sincroniche e diacroniche)
Addestramento Utilizzo di protesi- ortesi- ausili
Psicomotricità
Psicoterapia
Rieducazione disturbi neuropsicologici
Rieducazione logopedica con sussidi tecnologici
Terapia Occupazionale : training alle A.V.Q.
Idrokinesiterapia
Rieducazione Sfinterica
Rieducazione Respiratoria
Rieducazione dei disturbi cognitivi
Fisioterapia
Kinesiterapia

- **L'integrazione**

In genere le attività per l'integrazione sono articolate in tre momenti fondamentali

Inserimento sociale	Formazione professionale	Avviamento allo sport
Integrazione scolastica	Corsi di formazione al computer	Calcio in carrozzina
Sostegno- guida alle famiglie	Patronage cooperative sani-disab	Atletica leggera
		Nuoto
		Vela

3. La Riabilitazione oggi in Italia

Per approcciare con coerenza logica la descrizione degli obiettivi del progetto, legati fondamentalmente alla ricerca della qualità del servizio erogato, è indispensabile basare il ragionamento su elementi di conoscenza delle finalità, ambiti di competenza e tipologia degli interventi propri della nostra struttura così come previsto e definito dalle normative attuali.

3.1. Definizioni

‘La Riabilitazione si può definire come un processo di soluzione di problemi e di educazione nel corso del quale si porta una persona disabile a raggiungere il miglior livello di vita possibile sul piano fisico, funzionale, sociale ed emozionale, con la minore restrizione possibile delle sue scelte operative, pur nell’ambito della limitazione della sua menomazione e della qualità di risorse disponibili. Processo che per le disabilità gravi deve coinvolgere anche la famiglia del disabile e quanti sono a lui vicini’.

E’ necessario operare una distinzione fra interventi riabilitativi di tipo medico (Medicina Riabilitativa) ed interventi riabilitativi di tipo sociale (Riabilitazione Sociale), che fanno riferimento a specifiche reti integrate di servizi e presidi riabilitativi.

La legge quadro per l’assistenza, integrazione sociale e i diritti delle persone con handicap (L.104/94) definisce in modo chiaro e completo gli interventi di inserimento ed integrazione sociale e demanda al S.S.N. l’erogazione di prestazioni di ‘cura e riabilitazione’.

3.2. Normativa di riferimento

Le ‘Linee guida del ministro della Sanità per le attività di riabilitazione’, pubblicate sulla Gazzetta Ufficiale n.124 del 30/5/98, documento che si inquadra nella tendenza attuale di formulare linee-guida, cioè codici, indirizzi di comportamento per tutte le attività sanitarie, viene a colmare la mancanza precedente di un documento organico che affrontasse globalmente le problematiche organizzative della riabilitazione, disegnando un percorso per la persona disabile dall’ospedale al settore extraospedaliero, a quello ambulatoriale per finire al domicilio, racchiudendo in una unica cornice normativa il settore pubblico e quello privato, o come si dovrà dire in futuro, tutte le strutture accreditate.

Nel documento si fa riferimento alla classificazione ICDH (Internatinal Classification Impairment-Disabilities and Handicaps) delle menomazioni, disabilità e handicap, definita dall’OMS fin dal 1980 e tuttora valida anche se l’OMS sta elaborando la classificazione ICDH-2 basata sui nuovi concetti di Impairment, Activities e Partecipation in un’ottica bio-psico-sociale dei problemi che privilegia le condizioni di salute e va al di là di un approccio prevalentemente medico.

Le linee guida si muovono all’interno del quadro legislativo disegnato dal I piano sanitario nazionale, dalla legge 502/92 di riordino del SSN e dalle raccomandazioni dell’OMS e del Consiglio di Europa per disegnare un modello di percorso integrato socio-sanitario che finalizzi l’intervento riabilitativo su quattro obiettivi:

- il recupero di una competenza funzionale perduta a seguito di una malattia o trauma;

- l'evocazione di una competenza funzionale non comparsa nel corso dello sviluppo;
- la prevenzione della regressione delle competenze funzionali quale normale sequela della storia di una disabilità
- la possibilità di favorire il recupero con soluzioni facilitanti alternative.

3.3 L'intervento riabilitativo

L'intervento riabilitativo viene suddiviso in senso cronologico in tre stadi:

- 1) un primo stadio ha luogo già nella fase acuta della malattia o all'accertamento di una patologia, cronica o congenita, quindi già all'instaurarsi della menomazione;
- 2) un secondo stadio si sviluppa in fase sub acuta per la presa in carico delle disabilità residuali;
- 3) un terzo stadio, afferente a una situazione di handicap stabilizzato, che richiede interventi sanitari meno sistematici, finalizzati al mantenimento delle autonomie funzionali raggiunte e alla prevenzione di possibili involuzioni.

L'importanza di questa suddivisione è data dal fatto che segna il superamento definitivo del limitativo ed improprio concetto di riabilitazione come terzo tempo dell'intervento sanitario, successivo quindi agli interventi preventivi e terapeutici.

La riabilitazione consta invece di un'insieme di attività che si esplicano durante tutti i tempi degli interventi sanitari, essa è al tempo stesso prevenzione, terapia e riabilitazione in senso stretto.

In questa ottica le fasi dell'intervento riabilitativo sono:

- la fase della prevenzione del danno secondario e delle conseguenti menomazioni :nel corso di ogni patologia si può sviluppare anche rapidamente una condizione di disabilità per cui l'intervento riabilitativo deve essere inserito già nel periodo di acuzie all'interno del protocollo terapeutico;
- la fase della riabilitazione intensiva quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero nel momento in cui la disabilità è maggiormente modificabile. Siamo nel periodo della post-acuzie della patologia invalidante ma anche in situazioni di riacutizzazioni o recidive dell'evento patologico;
- la fase di completamento del processo di recupero e/o la fase di mantenimento e/o di prevenzione della progressione della disabilità in cui parliamo di riabilitazione estensiva, cioè condotta con criteri temporali e tipologici di interventi riabilitativi sanitari più 'diluiti' e abitualmente integrati con le attività sociali di riabilitazione.

Per poter correttamente programmare la fornitura delle prestazioni con la necessaria gradualità in termini di strutture eroganti e di tipologia delle attività, sulla base del tipo di menomazione e disabilità e della fase della malattia in cui si interviene, è opportuno inquadrare le attività sanitarie di riabilitazione su due livelli assistenziale e organizzativo.

3.4 Il livello assistenziale

In relazione all'intensità e complessità delle attività sanitarie di riabilitazione e alla quantità e qualità di risorse assorbite, le stesse si distinguono in attività di riabilitazione, intensiva ed estensiva.

Esse si differenziano anche per la tipologia di utenza alla quale si rivolgono e per la durata quotidiana delle attività riabilitative.

Le attività di riabilitazione intensiva sono dirette al recupero di disabilità importanti, modificabili come quelle derivanti da patologie gravi e/o interessanti più organi o apparati e dalle quali derivano menomazioni e disabilità complesse.

Queste richiedono un elevato impegno diagnostico medico specialistico ad indirizzo riabilitativo e terapeutico in termini di complessità e/o durata dell'intervento, orientativamente riferibile ad almeno tre ore giornaliere di terapia specifica, intese come quelle erogate direttamente dal personale tecnico sanitario della riabilitazione, quale ad esempio il fisioterapista, il logopedista, il terapeuta occupazionale, l'educatore professionale e l'infermiere in quegli atti finalizzati al miglioramento delle attività di vita quotidiana. Il progetto e i programmi riabilitativi prevedono di norma tempi di durata globale del trattamento contenuti entro centoventi giorni.

Le attività di riabilitazione estensiva o intermedia, con un impegno clinico e terapeutico tale da richiedere una presa in carico specificamente riabilitativa valutabile da una a tre ore al giorno, sono rivolte al trattamento di:

- disabilità importanti con possibili esiti permanenti, spesso multiple, che richiedono una presa in carico nel lungo termine nell'ambito di un adeguato progetto riabilitativo, di norma contenuto entro duecentoquaranta giorni (otto mesi) fatta eccezione per i pazienti stabilizzati, per i quali possono essere previsti cicli riabilitativi su base annua, e per i pazienti affetti da gravi patologie a carattere involutivo, segnatamente a carico del sistema nervoso, compresi i pluriminorati sensoriali. Per queste categorie di utenti il progetto riabilitativo può proseguire nel tempo senza limitazioni;
- disabilità transitorie e/o minimali che richiedono l'impostazione di un programma riabilitativo con obiettivi a breve termine attuabile attraverso il ricorso alle prestazioni previste del DM 22/07/96, in pratica le prestazioni fornite attualmente dai Servizi di recupero e rieducazione funzionale.

3.5 Il livello organizzativo

Il livello organizzativo è quello invece per il quale le regioni e le aziende sanitarie, nella programmazione di utilizzo ottimale per obiettivi delle risorse umane e materiali, prevedono l'inserimento più idoneo delle attività di riabilitazione intensive ed estensive nei protocolli e nelle linee-guida assistenziali di tutta la rete integrata per l'utenza in situazioni di ricovero ospedaliero a ciclo continuativo e/o diurno, in regime ambulatoriale, extramurale e domiciliare.

➤ **Interventi di riabilitazione estensiva:** sono erogati presso le seguenti strutture accreditate e con le modalità di seguito descritte:

- le strutture ospedaliere in lungodegenza (codice di disciplina 60) che, in generale, assistono pazienti provenienti dai reparti per acuti o da quelli di riabilitazione intensiva affetti da patologie a equilibrio instabile e da disabilità croniche non stabilizzate o in fase terminale. Questa tipologia di utenza è bisognosa di trattamenti sanitari rilevanti, anche orientati al recupero ma comunque non in grado di partecipare ad un programma di riabilitazione intensiva, di sorveglianza medica continuativa nelle ventiquattr'ore e di nursing infermieristico non erogabile in forme alternative.

In lungodegenza viene in genere garantito il progetto riabilitativo di struttura. Come giustamente affermato dalla "Direttiva della regione Emilia e Romagna per l'organizzazione della lungodegenza e della riabilitazione estensiva", alla lungodegenza viene riconosciuta una vocazione riabilitativa globalmente intesa nel senso che, nel suo ambito, debbono essere previsti e attuati programmi di riattivazione per i degenti volti a mantenere e promuovere le abilità presenti anche in relazione a forme di supporto assistenziale e di informazione per la autogestione globale come per esempio dopo interventi chirurgici o nella fase di adattamento del paziente al trattamento insulinico.

La lungodegenza è quindi una struttura ospedaliera che, in quanto tale, fruisce della quota di posti letto dell'uno per mille attribuiti alla lungodegenza e alla riabilitazione;

- i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale (gli attuali Servizi) ed i centri ambulatoriali di riabilitazione. Entrambi, presidi e centri, possono essere definiti come strutture, ospedaliere e territoriali, preposte all'erogazione di prestazioni di riabilitazione estensiva nelle situazioni che non richiedono ricovero neanche a ciclo diurno.

Il DPR 14/01/97 – Requisiti minimi per l'esercizio delle attività sanitarie- recita che le prestazioni ambulatoriali di riabilitazione erogate presso i presidi ambulatoriali di recupero e rieducazione funzionale sono finalizzate a consentire il massimo recupero possibile delle funzioni lese in seguito ad eventi patogeni o lesionali, prevenendo le menomazioni secondarie e curando la disabilità, per contenere o evitare l'handicap e consentire alla persona disabile la migliore qualità di vita e l'inserimento psico sociale, attraverso un processo che rispetta tutti i passaggi/interventi necessari per un compiuto intervento sanitario e per il successivo passaggio alla fase sociale della riabilitazione. I presidi, oltre ad occuparsi del recupero di disabilità

transitorie e/o minimali attraverso il ricorso alle prestazioni previste del DM 22/07/96, possono operare anche domiciliariamente.

Inoltre i servizi collocati all'interno dell'ospedale assistono individui di tutte le età ricoverati nei reparti per acuti per il recupero di menomazioni e disabilità ma anche per prevenire i danni secondari nelle patologie disabilitanti o a rischio di sviluppare disabilità.

Sempre per il DPR 14/01/97 i centri ambulatoriali di riabilitazione, invece, svolgono la loro attività con un trattamento globale della condizione di menomazione e/o disabilità e/o handicap che richiede un contestuale apporto multidisciplinare medico, psicologico e pedagogico per l'età evolutiva. Le prestazioni si differenziano da quelle fornite dai presidi per la presa in carico multidisciplinare del soggetto disabile tramite il progetto riabilitativo individuale;

- i presidi di riabilitazione extraospedaliera a ciclo diurno e/o continuativo erogano prestazioni per il recupero funzionale e sociale di soggetti portatori di disabilità fisiche, psichiche, sensoriali e miste dipendenti da qualunque causa. Intervengono nella fase immediatamente post acuta attraverso l'offerta di tutela sanitaria finalizzata al recupero degli esiti derivanti da episodi acuti o di funzioni lese o menomate;
- le residenze sanitarie assistenziali (RSA) sono presidi che offrono a soggetti non autosufficienti, anziani e non, con esiti stabilizzati di patologie fisiche, psichiche, sensoriali o miste non assistibili a domicilio un medio livello di assistenza medica, infermieristica e riabilitativa accompagnata da un alto livello di tutela assistenziale ed alberghiera.
- Le strutture residenziali o semiresidenziali di natura socio-assistenziale e i centri socio-riabilitativi, offrono servizi integrati sociali e sanitari che possono anche essere organizzati in forma domiciliare e/o attraverso il ricorso a strutture diurne o residenziali allo scopo di garantire assistenza qualificata, di potenziare o mantenere il livello di autonomia, di perseguire l'integrazione sociale degli utenti.

Il complesso degli interventi di riabilitazione estensiva costituisce l'interfaccia propria tra gli interventi sanitari e quelli sociali e ogni struttura può erogare più tipologie di interventi riabilitativi.

➤ **Interventi di riabilitazione estensiva** - sono erogati presso:

- i presidi ospedalieri plurispecialistici e monospecialistici dove le attività di riabilitazione ospedaliera sono prevalentemente effettuate nelle Unità operative di recupero e rieducazione funzionale in regime di ricovero ordinario o di day hospital.

Nell'ambito della programmazione regionale sono inoltre da prevedere unità operative a orientamento specialistico per la riabilitazione respiratoria e cardiologica i cui utenti, superata la fase acuta della malattia, possono anche essere seguiti in sede extraospedaliera, in regime di degenza a ciclo continuativo. A ciclo diurno o ambulatoriale

Le unità operative che svolgono attività di riabilitazione intensiva ospedaliera o extraospedaliera hanno come elemento caratterizzante e/o risorsa guida la specifica dotazione di personale e una propria assegnazione e articolazione degli spazi rapportata alle finalità proprie e dell'organizzazione del lavoro, tale da essere funzionale alla realizzazione del progetto riabilitativo di struttura con i progetti riabilitativi individuali.

- i presidi di riabilitazione extraospedalieri a ciclo diurno e/o continuativo in possesso dei requisiti di cui al DPR 14/01/97 destinati alla presa in carico di individui di tutte le età per il recupero funzionale di menomazioni e disabilità che richiedono interventi di tipo riabilitativo intensivo di almeno tre ore di trattamento specifico giornaliero realizzabili in ambiente non ospedaliero. Questi presidi possono svolgere anche funzioni di tipo estensivo o specializzarsi anche solo per una tipologia di intensità di cura e/o una o più discipline e/o per fascia di età (evolutiva, adulta, senile).

Gli interventi sono finalizzati al completamento del percorso riabilitativo avviato in sede ospedaliera e alla valutazione al trattamento individuale di soggetti affetti da disabilità congenite e comunque non conseguenti ad eventi patologici acuti.

3.5 Progetto Riabilitativo Individuale

Insieme di proposizioni, elaborate dall'équipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile :

- tiene conto in maniera globale dei bisogni, delle preferenze del paziente (e/o dei suoi familiari, quando è necessario), delle sue menomazioni, disabilità e, soprattutto, delle abilità residue e recuperabili, oltre che dei limiti imposti dalle situazioni ambientali e dalle risorse disponibili;
- definisce gli esiti desiderati, le aspettative e le priorità del paziente, dei suoi familiari, quando è necessario, e dell'équipe curante;
- deve dimostrare la consapevolezza e comprensione, da parte dell'intera équipe riabilitativa, dell'insieme delle problematiche del paziente, compresi gli aspetti che non sono oggetto di interventi specifici, e di regola può non prevedere una qualificazione degli aspetti di cui sopra, ma ne dà una descrizione in termini qualitativi e generali;
- definisce il ruolo dell'équipe riabilitativa rispetto alle azioni da intraprendere per il raggiungimento degli esiti desiderati;
- definisce nelle linee generali, i tempi previsti, le azioni e le condizioni necessarie al raggiungimento degli esiti desiderati;
- è comunicato in modo comprensibile ed appropriato al paziente e ai suoi familiari;
- è comunicato a tutti gli operatori coinvolti nel progetto stesso;
- costituisce il riferimento obbligato per ogni intervento svolto dall'équipe riabilitativa.

Il progetto riabilitativo individuale deve essere modificato, adattato e nuovamente comunicato al paziente ed agli operatori qualora si verifichi un cambiamento sostanziale degli elementi di base su cui è stato elaborato (bisogni, preferenze, menomazioni, abilità – disabilità residue, limiti ambientali e di risorse, aspettative, priorità) anche in relazione ai tempi, alle azioni o alle condizioni precedentemente definiti.

3.7 Il progetto riabilitativo di struttura

Il progetto riabilitativo di struttura consiste nella programmazione della disponibilità e dell'organizzazione degli spazi, del lavoro e delle modalità operative di tutta la struttura per garantire una idonea funzione di supporto, finalizzata alla proiezione ed alla stimolazione delle capacità funzionali e relazionali di tutti i soggetti assistiti.

4. La nascita del Servizio Informazione Progettazione Autonomia

La nascita del progetto in esame relativo alla costituzione di un Servizio Informazione Progettazione Autonomia (S.I.P.A.) è frutto del continuo processo di revisione, di razionalizzazione, di modificazione e di ricerca di una sempre migliore efficienza ed efficacia dei nostri servizi.

In questo continuo lavoro di ricerca si è ritenuto utile strumento di diagnosi per rintracciare eventuali carenze dell'organizzazione e orientare, contemporaneamente interventi di riprogettazione, il modello di 'analisi sistemica' che può essere usato sia nei confronti dell'intera organizzazione sia rispetto a parti di essa.

Il modello di analisi sistemica può diventare un utile strumento di 'diagnosi ragionata' di un contesto organizzato : tramite un percorso di indagine delle congruenze , prendendo l'avvio dallo stato dei beni/servizi in uscita, si 'interroga' l'impianto organizzativo mantenendo in sequenza di analisi prima i fattori di ingresso, poi la struttura di base, quindi i meccanismi operativi e, infine i processi sociali.

Immaginiamo di sottoporre ad indagine un servizio sanitario.

In primo luogo si dovrà cercare di disaggregare, distinguendoli per categorie omogenee, i beni/servizi in uscita.

L'attenzione andrà particolarmente centrata su quei beni servizi che assommano ad alta importanza e alta criticità.

Per importanza si intende la priorità politicamente scelta o suggerita dai bisogni dell'utenza.

Per criticità si intende la difficoltà oggettivamente verificabile di erogazione del bene/servizio.

L'attenzione dell'analisi chiaramente sarà focalizzata su quelle prestazioni in uscita che risultano importanti e che evidenziano notevole criticità di erogazione.

Dopo aver circoscritto uno o più beni/servizi critici si dovranno passare in rassegna i fattori d'ingresso che maggiormente concorrono ai beni/servizi sotto analisi.

Si dovrà perciò verificare se nel sistema organizzativo in esame esiste congruenza tra la quantità dei fattori in ingresso e i beni/servizi posti sotto esame.

Da questo tipo di analisi può risultare che a fronte di beni/servizi prescritti o richiesti in uscita mancano del tutto o in parte dei fattori in ingresso fondamentali, per esempio tecnologia, ambienti, tempo, risorse economiche ecc)

Si può invece riscontrare che i fattori in ingresso sono dimensionati ai beni/servizi sotto analisi sistemica.

Se i fattori in ingresso esistono ed entrano nel sistema si tratta di analizzare come la struttura di base dell'impianto organizzativo prevede di allocare mandati e risorse in grado di riceverli. Va verificata l'esistenza delle condizioni della struttura di base che permettono di amministrare l'assunzione e la congruenza tra beni/servizi in uscita e fattori di ingresso. Bisogna cioè indagare nel dettaglio se sono stati definiti i mandati specifici, gli organigrammi, le allocazioni di spazi, l'organico, le risorse tecnologiche, le risorse economiche.

Secondo questo tipo di analisi si è esaminato in particolare il bene/servizio 'ricerca autonomia', da sempre chiaro obiettivo del processo riabilitativo ma campo d'azione oggi molto più vasto e variegato che ha fatto registrare e valutare come nel tempo siano aumentate le rilevazioni di 'bisogni', di 'obiettivi', di richieste da parte dei pazienti che stanno a dimostrare come stia cambiando la mentalità, e come stiano cambiando gli atteggiamenti verso gli ausili intesi come strumenti di autonomia.

Sinteticamente il processo può essere così riassunto:

- Si è proceduto inizialmente con una riflessione sulla struttura di base di ogni singolo centro, si sono analizzati i meccanismi operativi e si è sottoposta l'organizzazione gerarchico- funzionale ad una revisione critica.
- Sono stati analizzate le procedure interne assistenziali ed informative.
- La successiva fase di analisi, è stata finalizzata ad individuare i bisogni dei pazienti rilevati dagli operatori e sono stati analizzati gli ipotetici carichi di lavoro, si è cioè cercato di stabilire quanto tempo sarebbe servito al personale per rispondere a tutti i bisogni rilevati.
- L'ipotesi che si è dunque affacciata è stata quella di un intervento in questo caso di carattere generale sull'organizzazione del lavoro; la creazione di una condizione operativa specifica di base (servizio) e la creazione di meccanismi operativi informativi.

5. Fondamenti ed Obiettivi

Prestare un servizio è 'fare qualcosa per qualcuno', questo qualcuno è all'origine dell'azione nella quale consiste il servizio.

Il Servire consiste:

- nell'interpretazione del bisogno implicito o espresso;
- nel confronto del bisogno con il patrimonio di teorie ed esperienze possedute dall'operatore.

Tutti noi operatori della sanità dobbiamo essere consapevoli che i cittadini oggi chiedono una crescente qualità delle risposte e che questo passa attraverso l'attivazione di 'comportamenti' dei nostri servizi in grado di assicurare i livelli di intervento necessari e richiesti.

Ciò significa trasformare i servizi che forniscono ancora risposte parziali in servizi che garantiscono un buon livello globale di qualità di risposte.

Ciò significa anche la necessità di creare stretti rapporti operativi con gli altri servizi del territorio con l'esigenza di costruire un comune linguaggio, una comune cultura e uno scambio di esperienze che ne facilitino l'integrazione.

In passato le azioni intraprese a favore dei disabili erano principalmente ispirate o ad un sentimento di carità- pietà, di solidarietà o dalla preoccupazione di garantire loro un reddito, di risarcire alcune categorie o di assicurare loro il diritto a cure particolari.

L'opinione comune era che queste persone, a differenza di altre, non potessero svolgere alcuna attività redditizia e molto spesso le azioni mosse da beneficenza conducevano le persone con problemi all'isolamento e all'emarginazione in 'istituti di cura dedicati', tagliati fuori dall'ambiente sociale, dove raramente trovavano reali possibilità di evoluzione e di godere degli stessi diritti e delle stesse scelte che sono in genere riconosciute a tutte le altre persone.

In questi ultimi decenni sono stati realizzati progressi reali per cancellare i pregiudizi e le barriere, questi progressi permettono un nuovo approccio al soggetto disabile.

Questi progressi hanno avuto finalmente una ricaduta anche in ambito sanitario con la presa di coscienza di operatori ed utenti delle possibilità di intervento specifico della riabilitazione nello sviluppare al massimo il recupero dopo le menomazioni esitate dalle malattie congenite ed acquisite.

Gli obiettivi della riabilitazione mirano oggi a garantire, qualunque ne sia la natura e l'origine, il raggiungimento della massima indipendenza e della massima partecipazione possibile alla vita sociale ed economica.

L'indipendenza, che significa fare le cose senza bisogno di aiuto, è però qualcosa di diverso dall'autonomia che va intesa come 'un atteggiamento nei confronti della vita', un aspetto del proprio modo di essere che ognuno può acquisire e sviluppare.

L'autonomia di una persona disabile si realizza attraverso un percorso personale che si intreccia con il percorso riabilitativo e che fondamentalmente ha alla sua base e tra i suoi elementi gli stessi fattori considerati dalla riabilitazione: medici, terapeutici, tecnici, sociali, familiari, economici, motivazionali e psicologici.

Un percorso personale che passa attraverso l'accettazione dello stato di malattia, il riconoscimento e l'esteriorizzazione di un 'problema non guaribile', il superamento di barriere culturali e sociali, vissuti questi molto spesso segnati da frustrazioni, fallimenti, interazioni spiacevoli con l'ambiente che possono ridurre la volontà di essere attori e protagonisti della propria autonomia.

Da ciò si evince che il percorso riabilitativo deve 'curare l'educazione all'autonomia' intesa come impostazione di vita che aiuti la persona a valorizzare al massimo la propria creatività e progettualità nella risoluzione e gestione dei problemi, a porsi obiettivi, ad operare decisioni e prendere iniziative.

L'autonomia può essere definita per tutti, disabili e normodotati, come la 'capacità di progettare la propria vita, di entrare in relazione con gli altri, e sempre con gli altri partecipare alla costruzione della società'.

Quindi: Autonomia = relazione con sé, con gli altri, con l'ambiente.

Considerando che nel soggetto disabile la relazione con gli altri e con l'ambiente è spesso resa possibile grazie all'utilizzo di ausili, appare chiaro come un ausilio sia dunque un vero strumento per la relazione e quindi per l'autonomia.

Ma l'adozione di un ausilio va di pari passo con un cambiamento dello stile di vita; presuppone il riconoscimento e l'esteriorizzazione di un problema non guaribile e la motivazione a risolverlo, indica il raggiungimento di una disponibilità a modificare se stesso e la relazione con gli altri e con l'ambiente.

Questa prospettiva di riferimento globale e sintetica dell'unità somatopsichica e relazionale della persona, permette quindi di affermare che gli ausili, se correttamente proposti ed utilizzati, facilitano l'instaurarsi di un equilibrio relazionale che può permettere l'espressione di capacità

inibite dalle limitazioni funzionali ma soprattutto permettere al disabile di esprimersi più compiutamente come persona.

Se nella scelta dell'ausilio non si guarda tanto ad una funzione da recuperare ma ad un più complesso obiettivo di autonomia, bisogna considerare che questo può essere raggiunto con svariate modalità in relazione alle risorse, alla personalità, alla cultura, al contesto familiare e ambientale della persona .

Per operare in tal senso vanno considerate le tre dimensioni :

- l'utente con le sue risorse, le sue limitazioni e la sua personalità
- l'attività per la quale si vuole ricercare l'autonomia
- l'ambiente fisico ed umano dove si svolgerà tale attività

e rispettando i tre principi fondamentali di competenza – contestualità- consonanza :

- un ausilio è 'competente' quando consente alla persona di svolgere l'azione in modo efficace e con un dispendio efficace di energie fisiche e mentali.
- un ausilio è 'contestuale' se funzionale all'ambiente di utilizzo e da questo accettato.
- un ausilio è 'consonante' se consente all'utente di essere a proprio agio.

Alla luce di quanto esposto ci è apparsa chiara la necessità di costituire un gruppo operativo che, appositamente formato e in stretta connessione con le équipes dei vari Centri, potesse:

- seguire una corretta modalità di proporre l'ausilio
- svolgere una efficace metodologia di analisi del paziente
- offrire un buon livello di informazione sia agli operatori della struttura sia all'ambiente esterno.

L'attività integrata delle due équipes, quella che ha in carico il paziente e l'équipe del S.I.P.A. può realmente permettere che la scelta, l'adozione e l'adattamento dell'ausilio siano parte integrante del progetto riabilitativo e tappe di un processo di responsabilizzazione e maturazione della persona che deve ispirare fin dall'inizio il progetto riabilitativo stesso.

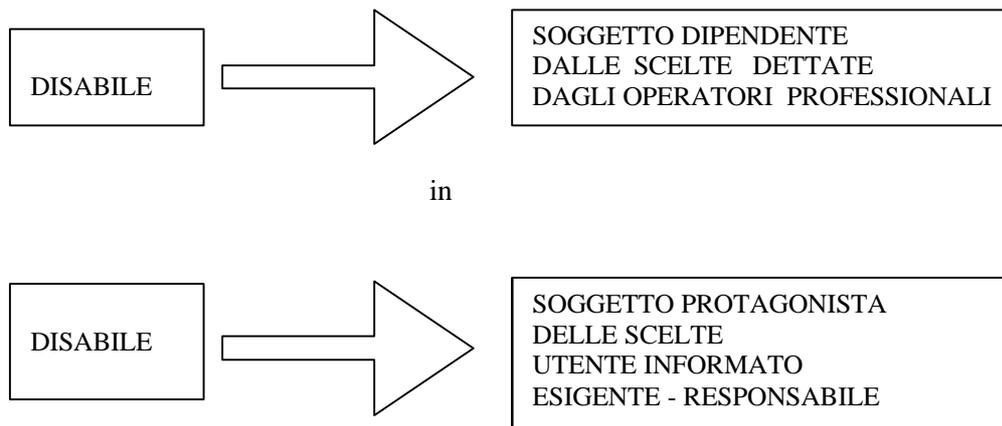
Per essere più autonoma e per non occupare più un posto di secondo piano nella società, la persona disabile ed handicappata deve divenire protagonista della propria riabilitazione, del proprio processo riabilitativo.

La 'MISSION' del S.I.P.A. credo possa essere scomposta in :

- finalità generali
- finalità specifiche relative alla struttura.

Per finalità generali intendo il contributo che la struttura può dare nell'arricchimento del tessuto sociale e sanitario in senso generale:

- essere un ponte fra percorso di medicina riabilitativa e riabilitazione sociale in quanto la scelta di ausili appropriati si inserisce nel programma più generale di reinserimento sociale delle persone e del recupero dell'equilibrio tra le aspirazioni e le capacità di realizzarle.
- Essere una forte spinta sul territorio per la diffusione del principio della trasformazione del modello



Trasformazione che prevede il superamento della visione dell'ausilio come 'medicina' prescritta dallo specialista per il 'bene' del paziente e trasformazione del soggetto da 'paziente' ad 'utilizzatore informato, esigente e responsabile'.

N.B: In Italia, nel sistema di fornitura pubblico ricorre ancora il termine 'prescrizione', che in realtà è appropriato quando riguarda ausili che hanno implicazioni importanti sul piano della salute, quali apparecchiature di assistenza a funzioni vitali (es. ventilatori polmonari portatili) o strumenti che sostituiscono funzioni mancanti come le protesi d'arto, mentre andrebbe sostituito come è già avvenuto in altri Paesi con il termine 'raccomandazione' che appunto indica un aiuto all'utente a formulare dei progetti individuali sui quali richiedere finanziamenti.

Le finalità specifiche sono relative alla struttura, la arricchiscono ed hanno una forte ricaduta sul servizio offerto agli utenti .

Ciò perché la realizzazione del servizio potrà :

- Consentire il raggiungimento di un obiettivo terapeutico di 'qualità' all'interno del piano terapeutico, con scelte derivate da una metodologia di lavoro che comprende :
 - Valutazione tecnico funzionale –valutazione delle prestazioni del prodotto in relazione agli aspetti costruttivi, alla tipologia di utenza e alle modalità d'uso definite dal costruttore.
 - Valutazione individuale – valutazione del prodotto in rapporto alle risorse individuali (motorie, sensoriali, cognitive, culturali, psicologiche) di un utente.
 - Valutazione ambientale- valutazione della compatibilità del prodotto con l'ambiente fisico, umano, culturale ed organizzativo ove esso è destinato ad essere utilizzato.
- Favorire la ' crescita' del personale tecnico (T.d.R)

Questo obiettivo, oltre ad essere già valido di per sé per qualsiasi struttura che si rispetti e da sempre particolarmente sentito e curato dall'AIASalerno , ha anche una valenza specifica nel progetto in esame.

Infatti, l'istruzione di ogni T.d.R. sul tema autonomia sia tramite il lavoro integrato, sia con opportuni corsi di alfabetizzazione sulle principali categorie di ausili e quindi sulle risorse esistenti per il raggiungimento di 'quella' autonomia, crea la massima potenzialità per la giusta collaborazione nel lavoro di scelta dell'ausilio coerente con il piano riabilitativo in corso.

Inoltre è importante tener presente che il T.d.R., con il suo contatto costante con il paziente, può seminare, preparare, facilitare il lungo e complesso percorso che va dall'accettazione della disabilità alla maturità di identificazione di bisogni ed obiettivi di autonomia.

Appare quindi chiaro quanto il coinvolgimento e la formazione dei t.d.r. sull'impostazione del lavoro di progettazione dell'autonomia sia fondamentale per il raggiungimento di obiettivi di qualità , qualità relativa al 'prodotto' e qualità relativa al tipo di processi che ad esso sottendono.

6. Il Servizio Informazione e Progettazione Autonomia

6.1 Composizione dell'equipe

Il servizio nasce costituito da:

- ❖ Un fisiatra – responsabile del servizio- 6ore/settimana
- ❖ Un terapeuta della riabilitazione coordinatore – tempo pieno
- ❖ Due terapisti della riabilitazione – tempo pieno
- ❖ Un tecnico Informatico – consulente -20 ore/settimana
- ❖ Un tecnico ortopedico – consulente – 20 ore/settimana

6.2 Logistica del servizio

Il S.I.P.A trova la sua collocazione in una delle sedi dell'A.I.A.Salerno ed esattamente presso il Centro di Riabilitazione di Pellezzano , dove è stato possibile reperire spazio sufficiente ed idoneo senza modificare o alterare i servizi già esistenti.

La sua sede, a pianterreno, copre un'area di circa 110 mq divisa in 3 spazi

Sala consulenze

Sala prove ausili

Sala grande con divisione mobile in zona segreteria e zona esposizione ausili.

La sala consulenze è arredata con un una scrivania al cui lato è disposto il Computer su cui è installata la Banca Dati S.I.V.A. e strumenti di videoscrittura .

Nello stesso ambiente è collocato l'archivio cartaceo costituito da depliant/cataloghi delle aziende produttrici di ausili, suddivisi alfabeticamente per distributore ed un videoregistratore con raccolta di videocassette relative a casi interessanti seguiti dagli operatori prima della costituzione del servizio,

Nella zona esposizione trova collocazione un campionario essenziale di ausili di base fornito da un rivenditore locale con cui sono stati anche presi accordi per una disponibilità di ausili di prova.

La zona segreteria è in realtà un'area per il lavoro interno dei membri dell'equipe, dove è possibile consultare testi, preparare le relazioni, avviare le procedure di primo contatto per l'organizzazione delle consulenze. Vi trovano posto 3 scrivanie, un computer con sistema di videoscrittura e software di comune utilizzo, una stampante, telefono , fax e una libreria con testi di consultazione e raccolta di materiale informativo.

Ai locali sono annessi i servizi igienici

6.3 Gestione del servizio

Inizialmente il S.I.P.A. svolgerà la sua attività fondamentale in rapporto all'utenza che già afferisce ai vari Centri di Riabilitazione appartenenti alla stessa struttura per cui il primo contatto, la richiesta di consulenza viene effettuata tramite un modello prestampato inviato al SIPA via fax.

La scheda, su cui vengono indicati :

- i dati anagrafici del pz,
- la patologia
- il Centro di Riabilitazione di provenienza
- se in trattamento ambulatoriale – domiciliare- degenza
- il T.d.r che segue il paziente

- l'area di autonomia su cui si richiede la consulenza è firmata dal Direttore Tecnico del Centro.

Il S.I.P.A. è collegato ovviamente alle équipes multidisciplinari che operano nei Centri, per cui se nel corso della valutazioni in corso di consulenza, si dovessero ravvisare problematiche che richiedono un approfondimento diagnostico, il servizio stesso può richiedere direttamente le valutazioni specialistiche che ritiene opportune, tramite apposita scheda su cui verranno annotate le motivazioni della richiesta e gli eventuali quesiti.

Tale richiesta va inoltrata dal S.I.P.A. al Direttore Tecnico del Centro di appartenenza del paziente.

Il coordinatore del S.I.P.A., affiancando il responsabile del servizio, curerà l'organizzazione delle consulenze (che si svolgeranno seguendo la metodologia che si descriverà in altro capitolo) dopo aver affidato a sé stessa o ai colleghi, secondo le varie disponibilità, il contatto iniziale ed informativo con il Centro da cui è partita la richiesta.

6.4 La verifica delle attività

Un serio ed obiettivo 'controllo di qualità' del servizio deve scaturire dal confronto con :

- dati obiettivi accumulati nel corso dell'attività
- i pareri degli utenti
- i colleghi dell'équipe
- i responsabili del servizio

Le riunioni di équipes dedicate all'analisi delle problematiche relative ai casi trattati permettono una maturazione dell'esperienza che via via si acquisisce e nello stesso tempo la verifica dell'efficacia del modello organizzativo.

Considerando che ogni servizio nascente deve, per percorso naturale, attraversare un periodo di 'rodaggio', è importante che in fase iniziale ogni caso sia analizzato e sviscerato in riunioni di équipes quando è ancora in 'corso d'opera'.

Anche se questa procedura può determinare un allungamento dei tempi dedicati ad ogni caso, si ritiene sia la più utile per l'arricchimento dell'esperienza di tutti, per favorire l'analisi delle problematiche, per mettere in luce o costruire eventuali indirizzi specifici degli operatori.

Organizzazione di un archivio per riesaminare a posteriori le consulenze effettuate.

Predisposizione di un registro su cui verranno annotati i dati necessari all'effettuazione di un follow-up a distanza di 3, 6, mesi dalla data della consulenza per verificare se la soluzione proposta è stata realizzata e se si è dimostrata efficace.

Predisposizione di un questionario che dia indicazioni sulla qualità percepita dall'utente.

7. Elementi metodologici

7.1 L'Équipe

Il Centro Informazione Ausili si propone di aiutare l'utente fondamentalmente nella fase progettuale del cammino verso la soluzione di un problema.

Il momento progettuale è la fase centrale del processo: solo da un chiaro progetto che trasformi i bisogni dell'utente in ipotesi di soluzione è possibile stabilire priorità ragionevoli, assumere decisioni, intraprendere iniziative.

Considerando che è presumibile che nella maggior parte dei casi un problema posto dall'utente è multidimensionale e richiedere un approccio globale sulla persona, più che sul singolo problema, è facile far scaturire il principio che il servizio deve essere governato da una logica di équipe.

Non è infatti pensabile né che un singolo operatore possa possedere la formazione specialistica su tutti gli argomenti né tantomeno che la consulenza vada 'spezzettata' tra i vari operatori, ciascuno in grado di dare risposte parziali.

Il modello operativo ottimale prevede che :

- ciascuno degli operatori sia preparato a fornire informazioni su tutti i settori, e sia in grado di offrire un consiglio adeguato sui temi più comuni, ciò garantisce un approccio globale al problema dell'utente.
- le competenze specialistiche possedute da ciascun operatore vengano utilizzate in modo da offrire una risposta quanto più completa anche nei casi più complessi.

La scelta dei componenti dell'équipe deve essere guidata da criteri legati all'aspetto professionale e personale in quanto manca una figura specifica formata da una Scuola per questo ruolo.

Occorre coinvolgere persone che presentino un buon equilibrio tra preparazione professionale, capacità relazionali, apertura mentale, motivazione e desiderio di sviluppare la propria formazione e quando è possibile costituire una équipe con tecnici che hanno già un'esperienza di lavoro e di partecipazione in attività di integrazione ed autonomia per i disabili.

Nel nostro caso sia il fisiatra che i t.d.r che compongono l'équipe hanno già esperienza teorica e 'sul campo' di alcune tipologie di ausilio ed inoltre è già stato approvato da parte della Direzione Generale, un programma di formazione specifico per gli operatori del S.I.P.A., che ha preso inizio con la partecipazione del Fisiatra al 'Corso di perfezionamento -Tecnologie per l'Autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili- tenutosi a Milano presso la sede del S.I.V.A., Centro leader in Italia nella ricerca, nella didattica e nel servizio di consulenza per l'autonomia della persona disabile.

Sulla formazione degli operatori il S.I.V.A. suggerisce una griglia in cui sono indicate le competenze richieste e necessarie affinché un Servizio possa raggiungere un alto livello di consulenza :

COMPETENZA	INFORMAZIONE
Tecnologica	Conoscere gli ausili e le loro tecnologie
Clinica	Condurre l'analisi dei problemi e delle risorse dell'utente
Relazionale	Mettere l'utente nelle condizioni ottimali di esprimersi, esplorare i propri bisogni, elaborare strategie, accogliere le indicazioni.
Sociale	Sapersi 'calare' nel territorio- comprenderne le interazioni presenti nel contesto dell'utente- suggerire soluzioni 'compatibili'
Organizzativa	Gestire le risorse in modo ottimale ed efficace; programmare ed indirizzare l'attività

7.2 L'interazione S.I.P.A. -Centro di Riabilitazione

Vediamo come può essere tracciato il percorso di un utente nell'ambito di una attività integrata Centro di Riabilitazione- Servizio Informazione Ausili:

1) Evidenziazione del bisogno :

L'équipe del Centro di Riabilitazione già in fase iniziale o durante lo svolgimento del programma terapeutico, verifica che la qualità di vita del soggetto in esame potrebbe realisticamente essere migliorata adottando ausili tecnici o apportando modifiche all'abitazione o agli ambienti di lavoro; Con azioni congiunte ed interventi multidisciplinari facilita e/o sollecita il riconoscimento del problema da parte del paziente e sostiene il processo di maturazione delle motivazioni ad affrontarlo per risolverlo.

2) Identificazione del bisogno:

E la prima fase di interazione del S.I.P.A. con il Centro e con l'utente.

E una fase molto importante che getta le basi dell'eventuale intervento successivo in quanto permetterà di conoscere le problematiche dell'utente e quindi il livello di risposta richiesto al SIPA.

All'arrivo al Sipa del fax di prenotazione di consulenza, segue un primo contatto telefonico con l'assistente sociale o con il terapeuta coordinatore del Centro durante il quale viene fissata la data e l'ora dell'appuntamento presso la sede del servizio o, per i pazienti in trattamento domiciliare, presso la loro abitazione .

In questo incontro di informazione, di alfabetizzazione e di orientamento nel campo degli ausili, si dovrà far sì che l'utente riesca ad avere le idee chiare sulle proprie esigenze e su come sarebbe possibile soddisfarle.

3) Valutazione – Rimozione degli ostacoli socio-ambientali.

La partecipazione del terapeuta e se possibile dell'assistente sociale che seguono il paziente, potrà permettere l'acquisizione di dati circa le difficoltà, le opportunità e le risorse offerte dall'ambiente familiare e sociale nonché eventuali contorni sociali e psicologici complessi.

L'ipotesi del 'come 'potrebbe essere soddisfatta una esigenza va rapportata al contesto socio-ambientale; l'efficacia di un intervento può infatti essere verificata dopo una serie di circostanze familiari, di microcontesto sociale o strutturali (barriere architettoniche) per cui è importante stabilire una serie di contatti, colloqui ed iniziative che preparino il terreno culturale all'intervento.

E' quindi anche questo un momento di integrazione tra i due gruppi di lavoro, dove il S.I.P.A. trasmette all'Assistente Sociale del Centro di Riabilitazione una serie di informazioni relative ai possibili ostacoli o modificazioni di massima necessarie in ogni caso per ' quel' tipo di bisogno da soddisfare ed assume dall'assistente sociale e dal terapeuta elementi conoscitivi sul mondo di quell'utente.

4) L'utente si attiva.

E' ipotizzabile che dopo l'incontro informativo, che può avergli aperto nuovi orizzonti, il paziente possa avere necessità di essere sostenuto nel proseguire nella sua scelta di agire e di ciò ovviamente dovrà farsi carico l'équipe del centro che accoglierà anche la richiesta di consulenza per il progetto di autonomia.

5) Formulazione del progetto di autonomia.

E' di stretta competenza del S.I.P.A.

6) Attuazione

Sulla base del progetto l'utente sarà in grado di decidere la tipologia della soluzione ma per attuarla si troverà impegnato in procedure amministrative e burocratiche in cui sarà guidato dalla

collaborazione del S.I.P.A. che lo informerà sul Sistema di fornitura pubblico sia su eventuali possibilità di finanziamenti e dal servizio sociale del centro di appartenenza che potrà seguire l'utente sul territorio.

7) Addestramento all'uso.

E' di competenza del Centro di Riabilitazione che può però contare su tutte le informazioni e sulla supervisione tecnica del S.I.P.A.-

8 L'Analisi dei costi.

A completare un progetto si rende necessaria anche una valutazione economica,

Quanto costa la organizzazione di un Servizio Informazione e Progettazione Autonomia?

Già il solo buon senso vuole che ogni proposta di innovazione deve essere, responsabilmente, prima dell'approvazione e realizzazione, valutata nei termini economici e di impegno finanziario per una struttura.

Un'amministrazione oculata unita alla consapevolezza del momento storico che si sta vivendo caratterizzato da un generale impoverimento delle risorse in ambito sanitario e sociale, impone che la razionalizzazione delle spese divenga una necessità fondamentale per garantire un futuro ad ogni tipo di struttura.

Appare chiaro quindi che i vertici aziendali, a cui va sottoposto un progetto innovativo hanno la necessità oltre che di conoscere le finalità e le bontà tecnica, di avere un quadro completo relativo all'investimento delle risorse.

Nell'analisi dei costi del progetto in esame, che di seguito verrà esposta, è stato seguito il metodo di contabilità analitica o contabilità direzionale.

La contabilità analitica, che differisce dalla normale contabilità generale o fiscale, utile fondamentalmente per descrivere all'esterno l'andamento delle attività di una organizzazione, permette di analizzare l'andamento delle attività in relazione a finalità interne e quindi il costo di specifici prodotti/servizi erogati.

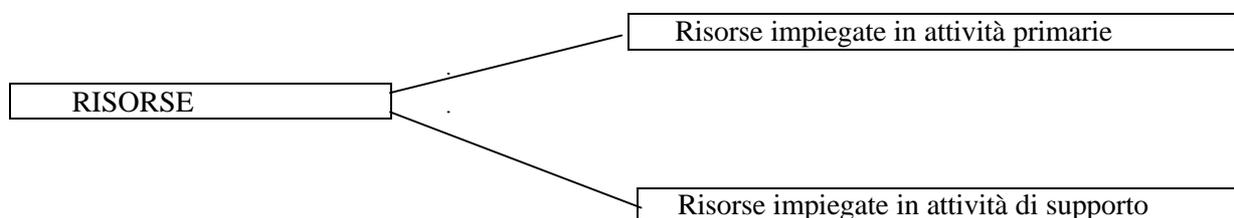
Vediamo quindi come la contabilità analitica ripartisce le risorse e quindi i costi.

8.1 Le risorse

Le risorse, in questo tipo di esame, vanno dapprima ripartite in risorse, e quindi costi, tra le singole unità organizzative e poi tra i singoli prodotti/servizi da esse erogati.

Bisogna quindi distinguere.

- Risorse impiegate in attività primarie, direttamente associabili allo specifico servizio;
- Risorse impiegate in attività di supporto che sono utilizzate solo in modo indiretto dai vari servizi.



Le risorse utilizzate in attività primarie vanno ulteriormente suddivise in risorse proprie del singolo servizio e risorse comuni a più servizi, ciò porta all'individuazione di:

- Risorse dirette – associabili sia alle singole unità organizzative coinvolte nel processo sia ai singoli servizi erogati;
- Risorse indirette relative ad attività primarie- associabili alle singole unità organizzative ma non ai singoli servizi erogati;
- Risorse indirette relative ad attività di supporto- non associabili né ai singoli servizi, né alle singole unità organizzative

Nell'analisi quindi è necessario ripartire i costi delle attività di supporto tra le singole attività primarie e il costo globale delle attività primarie tra le prestazioni erogate per individuare il costo dell'erogazione di un singolo servizio.

8.2 Tipologie di costo

➤ In base alla 'natura' del costo distingueremo:

Costi di prodotto/servizio
Costi di periodo

- Costi di prodotto/servizio : corrispondono al valore delle risorse associabili in modo diretto o indiretto alla realizzazione di un prodotto/servizio.
- Costi di periodo : corrispondono ai costi delle attività di supporto, non direttamente quindi associabili alla realizzazione di un particolare prodotto/servizio.

I Costi di prodotto servizio possono essere distinti in:

- a) Costi di lavoro diretto – relativi al costo del personale direttamente coinvolto nelle varie fasi di lavoro;
- b) Costi di materiali diretti – relativi all'acquisto di materie prime direttamente associabili al prodotto/servizio;
- c) Costi indiretti di produzione – associabili all'attività produttiva globale .

I Costi indiretti di produzione, associabili all'attività produttiva globale ma non all'erogazione di un singolo servizio, vanno ulteriormente distinti in:

- Costi indiretti fissi : indipendenti dal volume e dal livello di attività;
- Costi indiretti variabili: dipendenti dal volume/livello di attività.

I Costi di periodo, che comprendono i costi delle attività di supporto, non sono direttamente associabili alla realizzazione di un particolare prodotto/servizio.

➤ In base al 'livello' di attività distingueremo:

- Costi Fissi : rimangono inalterati al variare del livello di attività
- Costi Variabili : variano al variare del livello di attività.

Nelle tabelle successive vengono catalogate le varie voci di bilancio secondo le classificazioni finora considerate :

COSTI DIRETTI	COSTI INDIRETTI	COSTI DI PERIODO
---------------	-----------------	------------------

Materiali Diretti: - materie prime - materie di consumo	Fitti	Spese generali
Lavoro Diretto: - mano d'opera diretta fissa - mano d'opera diretta flessibile	Telefono	Amministrazione
	Energia	
	Ammortamenti	
	Manutenzione	
	Controllo di qualità	

Tabella n°1- Tipologia di costo secondo la 'natura' del costo.

COSTI VARIABILI	COSTI FISSI
mano d'opera diretta flessibile	Mano d'opera fissa
Materie prime	Affitti
Materiali di consumo	Assicurazioni
Energia elettrica	Ammortamenti
Telefono	Manutenzione programmata
Manutenzione straordinaria	Spese Generali
Controllo di qualità	Amministrazione

Tabella n°2- Tipologie di costo secondo il 'livello ' di attività.

8.3 Stima dei costi .

Il S.I.P.A., Servizio Informazione e Progettazione Autonomia dell'A.I.A.Salerno Onlus Filomena Gambardella, trova la sua allocazione all'interno di una delle strutture già esistenti e per la sua organizzazione viene attribuito materiale di arredo ed attrezzature base reperite in altri servizi.

Ciò determinerà nel quadro di contabilità analitica che:

- nei costi indiretti non verranno considerate le relative voci di acquisto e di affitto in quanto a spesa zero;
- è stato fatto un calcolo di attribuzione al servizio della quota dei costi generali.

Trattandosi di servizio nascente è stato necessario in via preventiva definire due parametri fondamentali:

- Sulla scorta di analisi di attività globale dei vari Centri di riabilitazione (numero complessivo di pazienti in carico- tipologia di trattamento- valutazione di bisogno- stima dei tempi necessari alla diffusione della nuova tipologia di lavoro) si è valutato il valore produttivo medio annuo, pari a 500 prestazioni.
- Stima preventiva dei tempi medi necessari ad ogni operatore per l'erogazione di una prestazione pari a 4 ore totali di cui:

h 1 – fisiatra

h 2 - t.d.r.

h1 – tecnico ortopedico/informatico

COSTI DIRETTI	LIRE
Materiali Diretti:	
- materie prime: Banca Dati S.I.V.A.	3.500.000
- materie di consumo	400.000
Lavoro Diretto:	
- mano d'opera diretta fissa	24.000 /h
- mano d'opera diretta flessibile	50.000/h

Costi Indiretti	Spesa in Lire
Fitti	0
Telefono	800.000
Energia	400.000
Ammortamenti	500.000
Manutenzione	1.000.000
Controllo Qualità	1.000.000
Assicurazioni	450.000

COSTI DI PERIODO	Lire
Spese Generali - Amministrazione	500.000

La stima del costo pieno aziendale di una prestazione 'standard' va calcolata con il seguente procedimento:

Calcolo dei costi diretti

- + Quota dei costi indiretti di produzione attribuiti alla singola prestazione
- + Quota dei costi di periodo attribuiti alla singola prestazione
- = COSTO PIENO AZIENDALE

quindi:

Costo di lavoro diretto	149.000
Costi indiretti per prestazione	8.300
Costi di periodo per prestazione	1.000
TOTALE	158.300

Volendo calcolare il 'Costo pieno Industriale', dato dal

Costo di Conversione (costo di lavoro diretto+quota dei costi indiretti di produzione
attribuibili alle singole prestazioni)

+ Costo dei materiali diretti

dovremo inserire anche le voci relative al materiale fornitoci non realmente acquistato ma il cui costo rientra tra le voci dei materiali diretti.

Questi costi, definibili 'figurativi' in quanto non corrispondono ad alcuna spesa reale monetaria, vanno determinati facendo ricorso ai prezzi di mercato.

COSTI DI MATERIALI DIRETTI	
Banca Dati	3.500.000
Cancelleria	400.000
N°6 sedie	300.000
N° 3 scrivanie	450.000
Telev.+Videoregistratore	1700.000
Librerie	250.000
Abb.Internet	150.000
Computer-stampante	2.500.000
TOTALE	9.250.000

Appare chiaro che se si considerano i costi di materiale acquistato, nei costi indiretti non si prevederà la voce relativa agli ammortamenti.

Andrebbe anche aggiunta la voce 'addestramento' all'uso della Banca Dati ma questa è prevista nel contratto di abbonamento insieme alla possibilità di partecipazione al Corso di Perfezionamento sull'autonomia ed il Fisiatra del gruppo ha già effettuato questo percorso di formazione.

Il COSTO PIENO INDUSTRIALE risulterà pari a

$$\begin{aligned}
 & 9.250.000 - \text{costo materiali diretti} \\
 & + 156.300 - \text{costo di conversione} \\
 & = 9.406.300 - \text{costo industriale}
 \end{aligned}$$

Il Costo pieno Industriale + la quota dei costi di periodo attribuibili alla singola prestazione determinerà Il COSTO PIENO AZIENDALE

Dall'analisi dello studio preliminare sui 'bisogni' a cui il Servizio poteva dare risposta, è emerso che è possibile già nell'immediato prevedere la possibilità di acquisire un'altra fascia di utenti tramite l'organizzazione di un laboratorio di ortesi funzionali.

L'idea è anche sostenuta alla possibilità di sfruttare risorse già presenti, costituite dalla formazione già posseduta da uno dei terapisti del gruppo sull'utilizzo di materiale termoplastico.

Per questa iniziativa andrà previsto:

- 1) L'acquisto di tutte le attrezzature necessarie all'impianto del laboratorio con un preventivo di spesa pari a L. 2.500.000
- 2) La stima preventiva del numero dei possibili interventi, pari a 100/anno.

Tale investimento determinerà una riduzione del costo diretto del prodotto/servizio.

Ciò è dimostrabile seguendo un procedimento di 'DIRECT COSTING' che permette l'associazione al prodotto/servizio solo dei costi di cui è direttamente responsabile (lavoro diretto e materiali diretti).

Avremo infatti che da un direct costing pari a L. 272.600 iniziale, si può prevedere in seguito all'intervento di investimento un direct costing di L. 231.300 .

9. Bibliografia

- 1) Andrich R. : Ausili per l'autonomia. Edizione Pro Juventute, 1988, Milano
- 2) Andrich R. : Consigliare gli ausili. Edizione Pro Juventute, 1996, Milano
- 3) Andrich R., Moi M. : Quanto costano gli ausili? Edizione pro Juventute, 1998, Milano
- 4) Andrich R., Porqueddu B. : Accessibilità, ausili tecnici, educazione all'autonomia. In Freddi, De Grandi: Neurofisiologia e Riabilitazione.
- 5) Basaglia N., Pace P. : Valutazione e qualità dell'assistenza in Medicina Riabilitativa. Gnocchi Editore
- 6) Bianchi A., Davidson A., Martinelli L., Sabatini P. :Riabilitazione e ausili tecnici: una proposta per l'autonomia. La nuova Italia scientifica
- 7) Consorzio EUSTAT : Tecnologie per L'autonomia- Linee guida per i formatori. Commissione Europea 1999
- 8) Ferrario M. : Imparando a cambiare: esperienze per un'altra autonomia. Edizioni Pro Juventute 1992, Milano
- 9) Formica M.M. : Trattato di Neurologia Riabilitativa. Marrapese Editore
- 10) Vaccani R. : La sanità incompiuta. La Nuova Italia Scientifica.