

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

Anno Accademico 1999/2000

Studio dell'aspetto ausili/autonomia in un servizio di terapia occupazionale

AUSILI & T.O.

CANDIDATO: Daniela Corna

***Abstract:** La tecnologia d'ausilio diventa sempre più fondamentale in un progetto di vita indipendente per le persone disabili e anziane. Essa, però, non deve sussistere senza un adeguato sistema di fornitura, che richiede un'attenta e completa valutazione dell'ausilio e di tutto ciò che ad esso è legato (esigenze dell'utente, situazione ambientale, ecc.). Questa valutazione deve essere eseguita da più figure professionali che, ognuna con la propria competenza e con i suoi strumenti di lavoro, hanno tutte l'obiettivo comune di migliorare la qualità della vita dell'utente.*

Nella valutazione degli ausili riveste un ruolo importante un servizio di riabilitazione in cui vi è competenza e un lavoro d'equipe, ma anche la consapevolezza che per trovare, con l'aiuto della tecnologia d'ausilio, una soluzione ai problemi ed alle esigenze di autonomia dell'utente può essere necessario l'intervento di altre figure professionali che non rientrano nell'equipe riabilitativa, ma che, collaborando con essa, possono garantire una valutazione più corretta e completa.

Un servizio di terapia occupazionale può contribuire notevolmente alla realizzazione di un più corretto intervento riabilitativo, e può assumere un valore importante anche nella valutazione, scelta e addestramento all'uso di ausili per l'autonomia.

In questo elaborato descriverò l'attivazione di un servizio di terapia occupazionale all'interno di un servizio di riabilitazione: formazione degli operatori, identificazione locali e attrezzature, elaborazione di procedure operative e strumenti di lavoro specifici.

**Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:**

**Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich**

1. INTRODUZIONE

L'ausilio, o meglio la tecnologia d'ausilio, è sempre più un elemento indispensabile per permettere alla persona disabile e alla persona anziana di poter condurre una vita autonoma. Tuttavia, l'ausilio da solo non è sufficiente: altrettanto indispensabile diventa un servizio dove si può accedere per avere informazioni sugli ausili, una consulenza, la possibilità di vedere e soprattutto provare gli ausili con l'assistenza di operatori che mettono a disposizione la loro competenza.

La **scelta dell'ausilio** è un momento importante per una persona perché da questa scelta può essere influenzata la sua vita e quella di chi vive intorno a lei, pertanto non è una scelta da fare in fretta semplicemente consultando un catalogo o per averne sentito parlare; essa necessita di un processo di maturazione personale, di accettazione della disabilità e di volontà di acquisizione di una nuova autonomia che a volte richiede vere e proprie scelte di vita.

Nessuno, infatti, sceglierebbe di acquistare un'automobile solo dopo averla trovata su una rivista, senza averla prima valutata di persona, essersi seduto dentro, aver controllato i vari comandi e i vari optional, aver valutato il prezzo e magari aver provato a guidarla. Lo stesso deve essere per la scelta di un ausilio che si dovrà usare per molto tempo se non per tutta la vita: è necessario prima provarlo ed essere sicuri che sia non solo utile, adatto e personalizzabile, ma che sia il più idoneo.

L'ausilio deve tener conto di tutte le esigenze della persona, deve considerare l'ambiente in cui la persona vive, le persone con cui vive e gli altri ausili che utilizza. Perciò esso deve avere le seguenti caratteristiche (Mainini, Ferrari, Zini, 1982) :

- **competenza** : deve essere adatto all'attività da svolgere e permettere alla persona di svolgerla con efficacia.
- **contestualità** : deve essere adatto all'ambiente in cui si deve svolgere l'attività e accettata dall'ambiente stesso.
- **consonanza**: deve essere adatto all'utente che lo utilizza, quindi deve tener conto delle sue risorse e delle sue difficoltà, e deve rispettare le sue scelte e la sua personalità.

La mancanza di un servizio che fornisca le informazioni e la competenza necessari rende più difficile prescrivere, consigliare o scegliere un ausilio: scelto senza una corretta valutazione e senza essere stato provato, l'ausilio può anche essere utile, ma più spesso risulta non adatto allo scopo o, soprattutto, non idoneo per quell'utente e quindi non è utilizzato. Durante la mia esperienza lavorativa mi è capitato di aver consigliato un ausilio senza averlo fatto prima provare e a volte ciò ha determinato l'abbandono dell'ausilio da parte dell'utente perché non era idoneo o non era soddisfacente rispetto alle sue aspettative.

Le cause principali dell'abbandono di un ausilio sono soprattutto la scarsa qualità tecnica dell'ausilio o un errato processo di affidamento dello stesso. Ritengo che l' "abbandono" di un ausilio, senza un effettivo mutamento della condizione dell'utente, segni in modo evidente il *fallimento dell'intervento riabilitativo* per più aspetti:

- l'utente non ha risolto il suo problema con le conseguenze negative che ciò comporta: frustrazione, perdita di fiducia nelle sue capacità e nella possibilità di poter ottenere aiuto dalla tecnologia o da personale competente, isolamento. L'utente si sente impotente di fronte al progressivo trasformarsi della sua disabilità in handicap e si sente sempre più un "peso" per la sua famiglia e la società di cui fa parte, perché non trova un ausilio in grado di garantirgli l'autonomia permettendogli di fare da solo o di essere assistito nel modo più adeguato.
- l'intervento riabilitativo non ha raggiunto il suo obiettivo di garantire all'utente l'autonomia e favorirne quindi l'integrazione familiare e sociale: è stato quindi un intervento per lo più inutile.
- non sono stati rispettati quei criteri di efficacia ed efficienza dei quali si deve tener conto nel momento della fornitura di un servizio, in questo caso di un intervento riabilitativo e della fornitura degli ausili. Come ogni servizio, la fornitura dell'ausilio deve infatti

garantire la sua efficacia (ottenere lo scopo per il quale è stato prescritto, garantire la qualità del prodotto, essere idoneo per quell'utente, ecc.), ma, ai fini di una razionalizzazione delle spese e di una corretta gestione delle risorse disponibili, esso deve rispettare anche il criterio di efficienza (fornire la migliore soluzione utilizzando le risorse disponibili al minimo costo e in tempi brevi).

Il primo impatto con gli ausili è molto importante perché dai risultati di questo approccio deriva spesso il modo di porsi dell'utente di fronte alla tecnologia d'ausilio. Una prima esperienza negativa con la quale non si è ottenuto altro che un aumento delle frustrazioni, può mettere l'utente nella condizione di ritenere impossibile per lui una qualsiasi forma di autonomia con le conseguenze che ciò può avere sulla sua reintegrazione nell'ambiente familiare, educativo-lavorativo e sociale in cui vive.

Al contrario, un'esperienza positiva con gli ausili, che si può avere soltanto con un servizio ben organizzato, può portare ad un aumento del desiderio di autonomia, giacché la persona può constatare di poter essere ancora autonoma, anche con la sua disabilità, con l'aiuto della tecnologia d'ausilio. E il desiderio di autonomia sta alla base della voglia di vivere e di far parte di una società contribuendo alla sua crescita.

Il motivo per il quale ho scelto di parlare dell'organizzazione di un servizio di terapia occupazionale all'interno di un servizio di riabilitazione nasce dal fatto che durante la mia esperienza lavorativa ho potuto constatare l'importanza della terapia occupazionale ai fini di un intervento riabilitativo più completo, e l'importanza che essa ha anche nella valutazione, scelta e addestramento all'uso degli ausili per l'autonomia. Ritengo, infatti, fondamentale il ruolo della **tecnologia d'ausilio** in un progetto di **vita indipendente**, ma credo che la tecnologia d'ausilio non deve sussistere senza un adeguato sistema di fornitura della stessa. Il sistema di fornitura non può prescindere da un'attenta e completa valutazione che si può ottenere solo con un intervento di tipo **interdisciplinare**, in cui vi sia la collaborazione di più figure professionali che, ognuna con la propria competenza e con i suoi strumenti di lavoro, ma tutte con pari diritto e dignità, hanno l'obiettivo comune di migliorare la qualità della vita dell'utente.

Nella valutazione degli ausili assume un ruolo importante un servizio di riabilitazione, maggiormente completato anche dalla presenza di un servizio di terapia occupazionale, in cui vi sia competenza e un lavoro d'equipe, ma anche la consapevolezza che per trovare, con l'aiuto della tecnologia d'ausilio, una soluzione ai problemi ed alle esigenze di autonomia dell'utente può essere necessario l'intervento di altre figure professionali che non rientrano nell'equipe riabilitativa, ma che, collaborando con essa, possono garantire una valutazione più corretta e completa (assistente sociale, medico, ingegnere informatico, ...).

La terapia occupazionale, intesa in senso moderno, nasce negli Stati Uniti ed in Gran Bretagna nell'immediato dopoguerra come esigenza di abbinare ad un programma di riabilitazione motoria un programma di reinserimento nel mondo sociale e lavorativo per i giovani invalidi che tornavano dal fronte. Non era più sufficiente occuparsi del recupero motorio delle persone con disabilità, diventava sempre più forte la necessità di occuparsi del loro recupero sociale, professionale e psicologico.

La terapia occupazionale inserita a completezza di un programma riabilitativo sembrava essere la metodica più idonea poiché consentiva alla persona di superare la propria disabilità ed il proprio handicap.

La **terapia occupazionale** può essere definita come quella branca della riabilitazione che mira al recupero della disabilità fisica e psichica della persona attraverso l'esercizio di attività finalizzate e soprattutto l'insegnamento di nuove strategie di indipendenza e l'addestramento all'uso di ausili tecnici che pongono in primo piano il reinserimento della persona nella vita familiare, educativo-lavorativa e sociale a cui apparteneva prima dell'evento morboso.

Nel corso degli anni questa metodica ha avuto un notevole sviluppo e ha trovato sempre più un suo aspetto specialistico diventando uno strumento fondamentale nel processo di riabilitazione di una persona disabile. Strumento grazie anche al quale si può parlare di riabilitazione come di un "intervento globale" che sia insieme preventivo, curativo e riabilitativo.

Tutto ciò ha concorso a modificare le tipologie d'intervento e soprattutto le modalità di valutazione delle persone con disabilità, superando la cultura che vedeva la persona disabile come un handicappato bisognoso di assistenza o come una patologia sulla quale intervenire, per far posto ad una cultura che vede il disabile come persona alla ricerca di una propria autonomia e di un proprio ruolo nella società.

Ciò significa valutare e valorizzare soprattutto le capacità residue della persona e non considerare solo le sue difficoltà ponendole come limite alla possibilità di recupero dell'autonomia; significa reintegrazione e reinserimento nella vita familiare e sociale per la persona disabile che diventa membro attivo e indipendente, capace di gestire autonomamente la propria vita partecipandovi come protagonista e non solo come interprete delle decisioni altrui o come spettatore.

In questo tipo di cultura è evidente l'importanza che assume la collaborazione e la coordinazione tra le varie figure professionali che seguono l'utente durante il suo programma di reintegrazione.

A differenza degli Stati Uniti e della Gran Bretagna, ma anche di molti altri paesi del Nord Europa (come Francia, Germania, Belgio, ecc.), nel nostro paese la terapia occupazionale è tutt'oggi poco conosciuta anche perché le scuole presenti non hanno ancora istituito uno standard formativo per la preparazione degli operatori.

Tuttavia vi sono comunque alcune realtà che cercano, con studi, corsi di formazione e scambi di esperienze, di incrementarne lo sviluppo.

Una di queste realtà è l'esperienza del Servizio di Terapia Occupazionale da me aperto insieme a due colleghe presso la Casa di Ricovero di via Gleno 49 a Bergamo, e di cui saranno esposte la struttura, i protocolli di lavoro, le procedure d'intervento e gli obiettivi nel corso di questo elaborato.

2. CONTESTO

2.1 Nascita del Servizio di Riabilitazione

La Casa di Ricovero di Bergamo è un RSA che ospita circa 600 persone anziane con disabilità gravi e molto gravi, suddivise in due strutture: la Struttura Protetta, per ospiti gravemente dipendenti e la Casa Albergo, per ospiti meno dipendenti.

Il Servizio di Riabilitazione della RSA nasce nel 1980 quando una fisioterapista, coadiuvata da due massaggiatori, si occupa del recupero funzionale degli utenti sempre degenti. Nel corso degli anni aumenta il personale addetto alla riabilitazione e il servizio si avvale della consulenza di un medico fisiatra dell'Ospedale Maggiore di Bergamo.

Nel 1990 l'RSA stipula una convenzione con l'ASL di Bergamo per attivare un Centro di Riabilitazione che espliciti prestazioni sanitarie di cui al primo comma dell'art. 26 della L. 833/72. In base a questa convenzione l'Ente gestore mette a disposizione i locali, le attrezzature tecniche ed il personale addetto per fornire 38 prestazioni ambulatoriali giornaliere individuali, 10 prestazioni in regime di degenza diurna e 10 prestazioni in regime di ricovero.

Attualmente il Servizio di Riabilitazione rivolto ad un utenza esterna è per 70 posti totali giornalieri in convenzione ex articolo 26 così suddivisi:

- 25 posti in regime di degenza riabilitativa
- 20 posti in regime di hospital-day
- 25 posti in regime ambulatoriale

Gli utenti accedono al nostro servizio dagli O.O.R.R. di Bergamo, dal proprio domicilio e da altre strutture sanitarie della provincia, dietro visita specialistica fisiatrica e autorizzazione ASL.

Le figure professionali che compongono l'equipe del servizio di riabilitazione sono:

- medici geriatri e medici fisiatri consulenti (di cui uno avente funzione di prescrittore)
- caposala ed infermieri professionali
- coordinatore fisioterapista e fisioterapisti
- operatori ASA

I fisioterapisti della RSA sono 24 (5 part-time), di cui 12 affidati al Servizio di Riabilitazione; tra questi ultimi, tre si occupano del Servizio di Terapia Occupazionale e uno del Servizio di Rieducazione dei disturbi afasici del linguaggio e delle Funzioni Corticali Superiori a tempo parziale.

2.2 Il Servizio di Terapia Occupazionale

Il Servizio di Terapia Occupazionale nasce nell'aprile del 1995 con la presenza di tre terapisti: è aperto solo per due ore la mattina ed è rivolto a tutti gli utenti (Casa di Ricovero e Reparto di Riabilitazione) che sono "segnalati" per una necessità specifica (difficoltà a lavarsi, vestirsi, ecc.). L'unico locale a nostra disposizione è una stanza (chiamata laboratorio di terapia occupazionale) per le attività manuali con tavoli, sedie, uno scaffale ed un piccolo armadio ed il materiale è costituito per lo più da materiale per le attività manuali e per adattare qualche piccolo ausilio. Come strumento di valutazione è utilizzata un'unica scheda in cui sono riportate solo le attività quotidiane di base. Le attività manuali e quelle relative all'alimentazione, alla scrittura, ecc. sono svolte nel laboratorio, mentre quelle di igiene e abbigliamento sono effettuate nei bagni e nelle camere dei reparti, disturbando però le persone che desiderano riposare e intralciando il lavoro degli altri operatori. L'attività di cucina non è valutata e così neppure l'ambiente domiciliare a cui l'utente appartiene.

Alla fine del '96 è messa a nostra disposizione una cucina e viene ristrutturato un bagno per le attività di valutazione e addestramento: questo ci permette di lavorare meglio con spazi e materiali adatti allo scopo.

Nel '97 il Servizio apre per due ore e mezzo il pomeriggio: cambiano le modalità di procedura, viene riveduta la scheda di valutazione, vengono incrementate le riunioni d'equipe del reparto di degenza riabilitativa che hanno ora una cadenza settimanale. E' questo anche l'anno di acquisto della maggior parte del materiale d'uso quotidiano e di alcuni piccoli ausili per le attività quotidiane. Con gli utenti della Casa di Riposo inizia un progetto di lavoro in reparto, ma tale progetto, non ben organizzato, non andrà in porto.

Nel '97- '98 si inizia un progetto di lavoro d'equipe più coordinato con gli utenti in regime di degenza riabilitativa: essi, dall'ingresso alla dimissione, vengono seguiti tutti (e non più solo su segnalazione degli altri operatori) anche dal terapeuta occupazionale e viene introdotta allo scopo una nuova scheda da utilizzare in reparto. In questo periodo alcuni ausili vengono regalati al laboratorio e questo permette di incrementarne la possibilità di intervento.

Nel '99 il Servizio, aperto mezza giornata, prosegue l'attività intensificando l'intervento soprattutto con gli utenti di degenza riabilitativa. Vengono introdotti nuovi strumenti che permettono di "misurare" più concretamente il lavoro svolto. Comincia alla fine di quest'anno l'elaborazione del progetto per le visite domiciliari.

Nel 2000 il Servizio si inserisce più attivamente anche nel reparto di hospital-day. Anche qui le riunioni d'equipe diventano più regolari e dalla primavera di quest'anno tutti gli utenti di questo reparto vengono seguiti dall'ingresso alla dimissione anche dai terapisti occupazionali: vengono introdotte nuove schede di valutazione, anche per questi utenti, che permettono di "misurare" più concretamente il lavoro svolto. Quest'anno vengono effettuate anche le visite domiciliari, anche se, per ora, il loro numero è troppo basso perché si possa definirne meglio i risultati. Inoltre, in questi ultimi mesi, è in elaborazione anche il progetto di effettuare un follow-up del servizio erogato. In virtù dei nuovi progetti vengono rivisti e adattati gli strumenti di lavoro e le modalità operative.

Attualmente il Servizio di Terapia Occupazionale è aperto dalle 13.00 alle 16.00 da lunedì a venerdì ed è rivolto agli utenti che accedono alla struttura secondo le convenzioni di cui sopra.

Per il prossimo futuro si prevedono cambiamenti nella distribuzione delle risorse disponibili e per questo servizio sarà disponibile un quarto terapeuta che ne permetterà l'apertura anche dalle 10.00 alle 12.00.

Gli utenti che accedono alla nostra struttura secondo le convenzioni dell'ex articolo 26, dopo una prima valutazione del medico di reparto e del consulente fisiatra, durante i primi giorni vengono valutati dal personale di reparto, dal fisioterapista e dal terapeuta occupazionale (quando è ritenuto necessario anche dal terapeuta che si occupa della rieducazione del linguaggio e delle funzioni corticali superiori). Ognuno secondo le proprie competenze e con i propri strumenti di lavoro esegue le valutazioni necessarie perché si possa avere un quadro il più possibile completo della situazione dell'utente. Nelle riunioni d'equipe viene quindi considerata la situazione globale dell'utente e in base a questa valutazione iniziale viene poi impostato un programma di lavoro specifico e personalizzato di cui vengono definiti gli obiettivi da raggiungere.

Il continuo scambio di informazioni tra gli operatori, che avviene durante tutto il percorso riabilitativo, permette un costante aggiornamento della situazione dell'utente e ciò favorisce l'impostazione di un programma riabilitativo più idoneo per il raggiungimento degli obiettivi prestabiliti.

2.3 Il Servizio di Riabilitazione rivolto agli utenti della Casa di Ricovero

Con gli utenti della Casa di Ricovero è stato impostato un programma, finalizzato all'autonomia, che viene svolto secondo modalità e procedure specifiche, di cui farò solo un breve accenno perché richiederebbero molto tempo per una completa presentazione e non costituiscono l'argomento di questa tesi.

Per capire il nuovo progetto in atto da quest'anno, è bene spiegare in breve come era la situazione fino all'anno scorso.

Gli utenti della struttura per i quali, dopo visita fisiatrica, veniva richiesto un trattamento di fisioterapia, erano inviati in palestra, dove veniva impostato un percorso riabilitativo a seconda delle loro necessità. Coloro per i quali non era ritenuto necessario un trattamento in palestra, ma per cui era comunque opportuno un intervento di fisioterapia, venivano seguiti in reparto dai fisioterapisti.

Il lavoro in palestra veniva inizialmente svolto da quasi tutti i fisioterapisti, per alcune ore al giorno; successivamente però si è preferito individuare un gruppo di operatori che fosse in palestra per tutto il giorno: in questo modo si favoriva un miglior intervento con l'utente, perché i terapisti a cui far riferimento erano più pochi e questi conoscevano meglio la situazione di ogni utente che accedeva alla palestra.

Il lavoro in reparto invece veniva svolto per un'ora al giorno da tutti i fisioterapisti suddivisi in piccoli gruppi nei vari reparti e consisteva per lo più in esercizi di ginnastica assistita rivolti agli utenti allettati, assistenza alla deambulazione e ginnastiche di gruppo.

Da circa quattro anni è stata introdotta la figura del fisioterapista responsabile degli ausili nel reparto. Ciò è nato soprattutto dall'esigenza di tenere meglio "sotto controllo" gli ausili: il fisioterapista ha infatti il compito di segnalare la necessità dei vari ausili, di verificarne l'utilizzo, di controllarne periodicamente le condizioni e l'idoneità per gli utenti a cui gli ausili sono stati affidati e di tenere corsi di aggiornamento sull'utilizzo degli ausili agli altri operatori del reparto. Questo lavoro ha garantito una maggior responsabilizzazione di tutto il personale nei confronti degli ausili limitando i problemi legati ad un cattivo utilizzo degli stessi.

Un intervento con questi utenti è stato svolto anche dal Servizio di Terapia Occupazionale. Nel corso degli anni, dopo varie esperienze, si è visto che aprire il laboratorio agli ospiti della struttura non era funzionale ai fini del miglioramento della loro qualità di vita. I motivi di ciò sono molti, ma soprattutto perché l'utente vive in reparto e quindi la sua condizione va valutata nell'ambiente dove passa le sue giornate, non in un laboratorio dove le attività quotidiane possono essere solo simulate. Molte persone presentano infatti problemi di confusione e disorientamento oppure difficoltà negli spostamenti e nei trasferimenti e per svolgere le attività con maggior autonomia e soprattutto con sicurezza, necessitano di punti di riferimento chiari e precisi, senza i quali sono spesso in condizione di pericolo di cadute o di aumento di confusione, con le conseguenze che ne derivano anche sulle loro abilità.

In seguito, con alcuni di essi, è stato fatto un intervento di terapia occupazionale nei reparti, ma i risultati ottenuti non venivano mantenuti nel tempo: questo perché non veniva svolto un intervento ben coordinato con gli altri operatori e non era stato preso in considerazione l'intero contesto in cui gli utenti svolgevano le loro attività. Non basta dar loro dei punti di riferimento, insegnare l'uso di un ausilio o di tecniche diverse e più sicure: è necessario individuare le loro reali necessità e bisogna lasciare anche il tempo necessario per svolgere le attività secondo le loro esigenze. Questo però risulta spesso difficile in un reparto dove i tempi sono scanditi più dai ritmi di lavoro che non dalle necessità degli utenti.

Nonostante negli anni si fossero avviati più progetti e fossero state prese varie iniziative, si notava come sempre di più l'intervento attuato con questi utenti non era adeguato alle loro esigenze.

Il ruolo del fisioterapista e quello del terapeuta occupazionale continuava ad essere troppo separato dal ruolo degli altri operatori, con i quali i rapporti erano spesso scarsi o nulli e questo a svantaggio soprattutto dell'utente. Inoltre la tipologia d'utenza era sempre più costituita da persone con disabilità molto gravi e ciò ha posto ulteriori limiti alle possibilità di intervento.

Mentre nel Reparto di Riabilitazione, rivolto agli utenti esterni, esisteva già un lavoro d'equipe ben organizzato, nei reparti della Casa di Ricovero, forse per il vasto numero di ospiti, o per la loro suddivisione in vari reparti, o forse per la maggior gravità delle loro patologie, quello che mancava era proprio un lavoro d'equipe coordinato che mirasse al miglioramento della qualità della vita dell'utente, o, meglio, forse l'equipe c'era ma non era completa: ognuno "faceva bene la sua parte" ma senza preoccuparsi di quanto gli altri stavano facendo e ciò costituiva l'ostacolo principale al miglioramento della qualità del servizio erogato.

Dal gennaio di quest'anno è iniziato un nuovo progetto con lo scopo di impostare un intervento più globale e personalizzato con gli utenti e un lavoro più coordinato tra i vari operatori (medico, caposala, infermieri professionali, operatori ASA, fisioterapisti, terapisti occupazionali, animatore): sono state inserite in reparto anche le figure del fisioterapista e del terapeuta occupazionale, che, integrandosi con gli altri operatori, completano l'equipe. In reparto i terapisti lavorano in stretta collaborazione con gli

altri operatori, ognuno con la propria competenza ma tutti con lo stesso obiettivo: il recupero o il mantenimento del massimo grado di autonomia possibile degli utenti della Casa di Ricovero, favorendo il loro inserimento nella vita di reparto.

Vivere, anche solo per qualche ora al giorno, la realtà del reparto, con tutti i suoi ritmi, le sue necessità ed i suoi problemi, permette anche ai terapisti di valutare meglio la situazione del reparto, e la collaborazione tra i vari operatori favorisce un intervento più adeguato con l'utente. Rimanere con l'utente durante il normale svolgimento delle sue attività quotidiane permette di capire maggiormente la sua reale situazione, i suoi bisogni, le sue aspettative e le reazioni che può avere di fronte ai vari eventi che gli si presentano nel corso della giornata.

Il ruolo dei terapisti ora non è più solo quello, fine a se stesso, di assistere una persona nella deambulazione o di dargli un ausilio per mangiare da sola, ma è quello di cercare di valutare con la persona e insieme agli altri operatori, le reali esigenze della persona stessa, per costruire con lei un programma specifico.

L'obiettivo di tutti è quello di favorire il miglior intervento possibile, sia che si tratti di aiutare l'utente a svolgere un'attività (es. affidargli una carrozzina per effettuare gli spostamenti all'interno e fuori dal reparto), sia che si tratti di far sì che venga assistito nel migliore dei modi (es. eseguire i passaggi al letto con l'ausilio di un sollevatore e due operatori). Si cerca di capire i suoi bisogni e di favorire una sua miglior integrazione nella realtà del reparto, adattando, quando è possibile, il reparto alla persona, individuando gli ausili più idonei per ciascun utente che fa parte di quella realtà, cercando di personalizzare il più possibile l'intervento perché non diventi una "routine quotidiana" bensì un intervento mirato al vantaggio dell'utente stesso.

Questo progetto è ancora in fase di sperimentazione, pertanto sia gli strumenti di lavoro che le procedure operative sono ancora da verificare, ma, nonostante i problemi finora riscontrati siano molti, cominciano a comparire anche i primi risultati positivi: riunioni d'equipe, discussioni sulle esigenze e difficoltà degli utenti, maggiore attenzione e tempestività negli interventi.

Come ho già detto, spiegare in modo più completo questo nuovo progetto, che ritengo molto importante ai fini di un più corretto intervento con gli utenti di una casa di ricovero, richiederebbe troppo tempo, che verrebbe tolto all'argomento di questa tesi. Pertanto concludo considerando che molto spesso la gravità delle patologie degli ospiti di una casa di riposo viene posta come ostacolo ad un possibile intervento riabilitativo, ma, pur non trascurando le difficoltà e valutando realisticamente i grossi limiti che esse pongono, molte volte è comunque possibile agire per migliorare la possibilità di autonomia, con l'introduzione della tecnologia d'ausilio, intervenendo sull'ambiente o sulle modalità operative.

3. BACINO D'UTENZA

Nel 1999 hanno avuto accesso al nostro Servizio di Riabilitazione 489 utenti: di questi 145 in regime di degenza riabilitativa, 165 in hospital-day e 179 ambulatoriali.

Riporto qui sotto alcune tabelle rappresentative riguardanti l'anno 1999 per mostrare la tipologia di utenza che frequenta il nostro Centro di Riabilitazione:

Patologie		Età (in anni)		Sesso	
emiplegie (per lo più da eventi ictali)	32 %	Inferiore a 40	1,5 %	F	64 %
fratture (soprattutto femore)	26,5 %				
artrosi (comprese coxartrosi)	10,5 %	Tra 41 e 50	2 %	M	36 %
sindrome da immobilizzazione	10 %				
amputazioni (coscia)	4,5 %	Tra 51 e 60	9 %		
paraplegie e tetraplegie (infortuni, mielopatie, neoplasie, ecc.)	4 %				
esiti trauma cranico	2,5 %	Tra 61 e 70	21 %		
polineuropatie	2,5 %				
sindromi cerebellari	2 %	Tra 71 e 80	39 %		
morbo di Parkinson	1,5 %	Tra 81 e 90	23 %		
sclerosi multipla	1,5 %				
altro	2,5 %	Superiore a 90	4,5 %		

Tipologia d'utenza del reparto di degenza riabilitativa nel 1999

Patologie		Età (in anni)		Sesso	
emiplegie (per lo più da eventi ictali)	31 %	Inferiore a 30	7 %	F	57 %
paraplegie e tetraplegie (lesioni per infortuni, mielopatie, ecc.)	18 %	Tra 31 e 40	5 %	M	43 %
artrosi (comprese coxartrosi e interventi di protesi d'anca)	11,5 %	Tra 41 e 50	5 %		
fratture (soprattutto femore)	8 %	Tra 51 e 60	14,5 %		
morbo di Parkinson	7 %				
amputazioni (coscia)	3,5 %	Tra 61 e 70	20 %		
polineuropatie	3,5 %				
vasculopatie arti inferiori (con ulcere)	2,5 %	Tra 71 e 80	39 %		
esiti trauma cranico	2 %				
sclerosi multipla	1,5 %	Tra 81 e 90	9 %		
altro	11,5 %	Superiore a 90	0,5 %		

Tipologia d'utenza del reparto di hospital-day nel 1999

Patologie		Età (in anni)		Sesso	
emiplegie (per lo più da eventi ictali)	23,5 %	Inferiore a 21	1 %	F	61 %
paraplegie e tetraplegie (infortuni, mielopatie, ecc.)	20 %	Tra 21 e 30	3,5 %	M	39 %
artrosi (comprese coxartrosi e interventi di protesi d'anca)	17 %	Tra 31 e 40	7 %		
fratture (soprattutto femore e omero)	9,5 %				
sclerosi multipla	8,5 %	Tra 41 e 50	6 %		
morbo di Parkinson	4,5 %				
patologie a carico della spalla (periartriti, lussazioni, ecc.)	3 %	Tra 51 e 60	22,5 %		
patologie a carico della colonna vertebrale	3 %	Tra 61 e 70	32,5 %		
miastenien	1 %	Tra 71 e 80	21,5 %		

polineuropatie	1 %	Tra 81 e 90	5,5 %
atassie	1 %		
artrite reumatoide	1 %		
altro	5,5 %	Superiore a 90	0,5 %

Tipologia d'utenza in regime ambulatoriale nel 1999

Dalle tabelle sopra riportate è possibile verificare l'età e le patologie (o i loro esiti) più frequenti degli utenti che accedono al nostro Servizio.

Gli utenti ricoverati in degenza riabilitativa sono soprattutto persone anziane con esiti di eventi ictali ed esiti di fratture (la maggior parte di femore). L'obiettivo del ricovero di questi utenti è il rientro a domicilio e il reinserimento nella vita familiare e sociale a cui appartenevano prima dell'evento morboso tramite il recupero del massimo grado di autonomia possibile. Perché questo avvenga è necessario il verificarsi di alcune condizioni: un recupero funzionale e/o un adeguato supporto familiare e sociale e un'attenta valutazione degli ausili e dell'accessibilità ambientale, affinché l'utente possa gestire autonomamente la propria vita o in modo indipendente o con la garanzia di un'adeguata assistenza.

Gli utenti più anziani che accedono al nostro Servizio in regime di hospital-day e ambulatoriale possono provenire direttamente dal reparto di degenza riabilitativa, oppure dal domicilio dove spesso vivono da soli in situazioni difficili da gestire per la progressiva perdita delle loro abilità o con i familiari che hanno difficoltà a dar loro un'assistenza adeguata per mancanza di interventi adatti. Si tratta soprattutto di persone con esiti di eventi ictali, disabilità legate ad artrosi, esiti di fratture e problemi dovuti al morbo di Parkinson. Con questi utenti, la procedura è la stessa degli utenti ricoverati in degenza riabilitativa, ma con l'opportunità di poter confrontare subito e in maniera continuativa i risultati del nostro intervento nell'ambiente in cui l'utente già vive. Essendo già al proprio domicilio, l'utente può riferire direttamente i problemi riscontrati e gli operatori possono intervenire precocemente cercando con lui le soluzioni più adatte. Anche se vive nel proprio ambiente, infatti, non sempre l'utente ha trovato le soluzioni giuste per lui. L'intervento del servizio di riabilitazione può essere utile e a volte necessario per migliorare una situazione precaria e difficile.

Tra gli utenti più giovani e anche molto giovani, che accedono al servizio di hospital-day e ambulatoriali, una percentuale considerevole è data da utenti le cui patologie principali sono lesioni midollari in gran parte dovute ad incidenti stradali o infortuni sull'ambiente di lavoro. Solitamente questi utenti provengono da altre strutture del territorio e vengono da noi per proseguire l'iter riabilitativo non ancora concluso. Molte volte con loro è già stato svolto un intervento per la valutazione e la prescrizione di alcuni ausili (soprattutto la carrozzina) e per la valutazione dell'accessibilità dell'ambiente domiciliare e scolastico/lavorativo. Con queste persone, che spesso, dopo l'evento morboso che ha causato la loro disabilità, si lasciano alle spalle una vita socio-lavorativa (o scolastica) molto attiva, il nostro intervento riabilitativo mira al massimo recupero funzionale possibile e al reinserimento nell'ambito sociale a cui appartenevano perché possano ancora partecipare alle varie attività: vengono effettuate quindi una valutazione per eventuali altri ausili per l'autonomia, una valutazione delle possibilità di accesso al computer (per casi complessi si considera la possibilità che l'utente venga valutato presso altre strutture da figure professionali più idonee), l'addestramento necessario all'uso dell'automobile (passaggi in auto, trasferimento della carrozzina in auto, verifica della funzionalità degli arti superiori per l'uso degli adattamenti ai comandi) per ottenere la patente, l'avvio ad attività sportive e l'inserimento nell'Associazione Disabili Bergamaschi (che ha sede presso la nostra struttura) perché abbiano la possibilità di ricevere le informazioni necessarie, tenersi aggiornati sugli sviluppi della medicina e della tecnologia, scambiare esperienze con altre persone che vivono con disabilità simili alle loro da molto più tempo e che magari hanno trovato buone soluzioni ai vari problemi di autonomia, partecipare attivamente alle iniziative dell'associazione, ecc.

A volte la tipologia d'utenza che accede al nostro Servizio, sia in degenza riabilitativa, che in hospital-day ed in regime ambulatoriale, necessita quasi esclusivamente di un intervento per la valutazione degli ausili e per la valutazione dell'accessibilità ambientale.

4. SITUAZIONE INIZIALE

Alla sua nascita il servizio erogato dal nostro Centro di Riabilitazione era finalizzato al massimo recupero motorio-funzionale possibile. L'utente che accedeva alla nostra struttura, oltre ad un intervento medico ed infermieristico, poteva usufruire di un servizio di rieducazione, finalizzato appunto al massimo recupero delle sue abilità motorie. L'utente veniva valutato a seconda delle sue difficoltà motorie e funzionali e spesso non veniva invece considerata la sua completa situazione, pertanto si rischiava di non fare una corretta valutazione finendo con l'affidare ausili non idonei o con il sopravvalutare le possibilità dell'utente senza considerare i rischi a cui sarebbe andato incontro una volta tornato al proprio domicilio: per esempio venivano affidate le stampelle per la deambulazione ad un utente che a casa doveva gestirsi da solo anche trasportando oggetti all'interno dell'abitazione (con le mani entrambe occupate per l'appoggio sulle stampelle trasportare oggetti è difficile e può mettere a rischio di cadute); oppure veniva affidato un deambulatore senza considerare bene che l'appartamento dell'utente potesse non essere completamente accessibile a tale ausilio (passaggio tra i sanitari in bagno, misura delle porte, ecc.).

Col tempo, l'aumentata esperienza dei vari operatori, il ripresentarsi presso il nostro Servizio di alcuni utenti precedentemente seguiti e per i quali non si erano dimostrate idonee le soluzioni scelte, l'incremento del lavoro d'equipe che ha permesso la possibilità di maggiori confronti tra i vari operatori, hanno fatto sì che diventasse sempre più forte l'esigenza di un intervento più completo, che tenesse conto dell'intera situazione dell'utente. A poco a poco si cominciava a prestare più attenzione alle esigenze dell'utente e non solo alle sue difficoltà e questo favoriva un intervento più mirato verso la risoluzione dei problemi che verso il solo recupero dell'abilità motoria o della funzione perduta.

L'esigenza di una più corretta valutazione dell'utente, che considerasse il contesto in cui egli viveva, i suoi bisogni, le sue reali necessità e non solo le sue difficoltà, ma anche le sue capacità residue si è fatta sempre più forte e questo ha portato nel 1995 all'apertura di un Servizio di Terapia Occupazionale che potesse integrare l'intervento fino ad allora svolto.

Il Servizio di Terapia Occupazionale ha favorito a sua volta lo sviluppo di questo "nuovo concetto" di riabilitazione, non più rivolta alla sola rieducazione motoria e funzionale dell'utente, bensì rivolta all'utente stesso, con le sue esigenze, i suoi bisogni e le sue aspettative.

Questo Servizio ha inoltre incrementato il lavoro d'equipe favorendo un miglior scambio di informazioni e attualmente l'attenzione di tutti gli operatori è verso l'utente, il suo ambiente e le sue possibilità di autonomia.

5. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Il progetto che ora descriverò riguarda l'attivazione, nell'ambito del Servizio di Riabilitazione della Casa di Ricovero di Bergamo, di un Servizio di Terapia Occupazionale che ha come compito, tra l'altro, quello di occuparsi della problematica degli ausili. Il servizio è attivo dal 1995, pertanto la mia sarà un'analisi retrospettiva volta a mettere in luce gli aspetti operativi e metodologici di quest'esperienza e a verificare la misura in cui essa ha risposto ai bisogni dell'utente. Per questo motivo mi riferirò ad alcuni criteri che possono essere utilizzati come parametri di qualità di un servizio (European Commission, 1994):

- **Accessibilità:** non si riferisce solo all'eliminazione delle barriere architettoniche, ma anche alla facilità di reperire informazioni, ai tempi di attesa e ai costi per l'utente, alla complessità di tutto il sistema. A volte la non accessibilità del servizio può causare all'utente più disagi di quanto ne crei la sua disabilità.

Presso il nostro servizio l'utente trova le informazioni necessarie e le indicazioni su chi rivolgersi. Le spese a carico dell'utente rispetto al nostro servizio sono nulle. Inoltre, quando viene dimesso, l'utente torna al proprio domicilio con già in mano gli ausili che gli sono stati prescritti (salvo quando le lungaggini burocratiche non lo permettono).

- **Competenza:** un sistema è competente quando lo sono le persone che vi lavorano. Oltre ad avere una formazione professionale, i vari operatori del servizio devono avere la possibilità di un costante aggiornamento e di accedere facilmente alle informazioni necessarie e devono utilizzare protocolli di lavoro precisi ed organizzati.
- **Coordinazione:** un servizio senza coordinazione, può confondere i ruoli e l'utente si trova a ricevere informazioni e opinioni diverse senza poter valutare quelle che possono essere giuste per lui. Per essere valido il servizio deve invece offrire un intervento di tipo interdisciplinare, dove vi siano ruoli chiari e competenze ben definite, ma anche una continua interazione tra i vari operatori che operano insieme con l'obiettivo comune di migliorare la qualità della vita dell'utente.

Il lavoro d'equipe nella nostra struttura è garantito da un continuo scambio di informazioni tra i vari operatori che, ognuno con le proprie competenze, contribuiscono tutti al raggiungimento degli obiettivi del programma riabilitativo. Tra le figure professionali che normalmente compongono l'equipe riabilitativa un ruolo centrale in un servizio che si occupa della valutazione degli ausili per l'autonomia spetta al fisioterapista e al terapeuta occupazionale ed è tra loro quindi che deve esserci una collaborazione ancora più intensa.

Della nostra equipe fa parte un consulente fisiatra che è anche prescrittore. Conoscendo meglio l'utente (valutato da tutta l'equipe) e potendo seguire da vicino l'evolversi della sua situazione riabilitativa, il prescrittore è in grado di fare una più adeguata valutazione dell'ausilio da affidare all'utente. Egli può quindi prescrivere l'ausilio più adatto e verificarne l'idoneità anche nelle fasi successive del percorso riabilitativo dell'utente. In questo modo diminuiranno le possibilità di errori nel processo di fornitura dell'ausilio stesso e ciò garantisce un migliore controllo della gestione delle risorse collettive disponibili.

- **Efficienza:** per essere funzionale non basta che il servizio sia efficace, cioè che abbia raggiunto gli obiettivi prefissati, trovando le soluzioni migliori per la maggior parte delle persone, ma esso deve rispondere anche al criterio di efficienza, cioè deve saper trovare le migliori soluzioni per la maggior parte delle persone utilizzando le risorse disponibili al minimo costo e nel tempo più breve possibile.

Un servizio deve essere soprattutto utile all'utente. L'utilità è un concetto diverso dall'efficacia: essa indica il valore che l'utente attribuisce al servizio ottenuto ed è il parametro principale con cui considerare il miglioramento della qualità della vita dell'utente stesso: essa

può essere valutata sulla base dell'opinione soggettiva dell'utente che riceve il servizio. E' importante verificare i risultati delle decisioni prese con l'utente anche nel tempo (follow-up).

- **Flessibilità:** il servizio non può prescindere dal fatto che vi sia un'estrema varietà nelle disabilità e un continuo cambiamento e progresso sia dal punto di vista degli interventi medici possibili, sia dal punto di vista delle tecnologie d'ausilio in continuo sviluppo. Il sistema deve essere flessibile per potersi adattare ai cambiamenti: ad ogni utente deve quindi essere garantito il servizio indipendentemente dalla sua patologia, età, ecc.
- **Influenza dell'utente:** questo criterio riguarda l'influenza che l'utente può avere sulle decisioni che vengono prese su di lui.

Durante il lavoro il rapporto tra utente e operatore non deve essere quello, comune soprattutto nel passato, di totale dipendenza dell'utente dalle decisioni dei vari operatori. Il rapporto ora deve essere quello definito col termine di "*partnership*", cioè un rapporto dove l'operatore professionale deve agire in modo che l'utente possa relazionarsi con lui come partner. L'operatore assume così un nuovo ruolo, quello di una risorsa a cui l'utente può accedere o no durante il suo percorso riabilitativo.

Questo modo di operare è riassunto nel termine "*empowerment*" che può essere definito come un processo attraverso il quale l'utente assume un atteggiamento attivo di fronte ai suoi problemi ed alle decisioni sulle loro possibili soluzioni. Ciò significa che l'utente, acquisite le adeguate capacità con l'aiuto dell'operatore, ha la libertà di compiere da solo le proprie scelte. La capacità di scegliere gli ausili necessari è un importante fattore di empowerment per le persone con disabilità, che da pazienti dipendenti dalle decisioni degli operatori divengono così persone capaci di decidere come protagonisti delle proprie scelte (Consorzio Eustat, 1999, *Tecnologie per l'autonomia...*).

6. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

6.1 Fasi della realizzazione del Servizio

Realizzare, all'interno di un centro di riabilitazione, un servizio di terapia occupazionale significa realizzare un progetto complesso che comprende varie fasi.

Le fasi principali del Servizio, avviato presso il nostro Centro di Riabilitazione nell'aprile del 1995 e tuttora sottoposto a verifiche ed adattamenti che possano garantirne maggiormente la funzionalità, sono le seguenti:

- **formazione di operatori**
alla conoscenza della terapia occupazionale e delle tecniche e attività che ad essa competono: attività finalizzate, strategie di indipendenza, tecnologie d'ausilio, accessibilità ed interventi di adeguamento ambientale finalizzati all'autonomia.
- **strutturazione e adeguamento di locali**
adatti alle varie attività: locali dove poter svolgere le attività di valutazione, di prova, di addestramento all'uso di ausili per l'autonomia.
- **valutazione e reperimento dei materiali**
per le attività di valutazione, di prova, di addestramento e per la consultazione e la ricerca.
- **definizione delle modalità di intervento**
Elaborazione dei protocolli operativi, delle metodologie di lavoro specifiche, e degli strumenti di valutazione e verifica.

6.2 Formazione degli operatori

Gli operatori di un servizio di terapia occupazionale devono essere formati nello specifico sulle finalità e sulle attività della terapia occupazionale, ed in particolare sulle tecnologie d'ausilio e sul concetto di accessibilità: esse infatti sono sempre più un elemento importante se non fondamentale nella realizzazione di un progetto di vita indipendente e devono far parte delle competenze di tutte le figure professionali che operano per il raggiungimento dell'autonomia dell'utente, quindi anche dei terapisti occupazionali.

Gli **ausili** sono tecnologie che facilitano la vita indipendente, compensando le limitazioni funzionali della persona disabile e superando le barriere architettoniche dell'ambiente, affinché la persona possa esprimere al meglio le capacità che altrimenti non potrebbe o di farlo in modo più sicuro, veloce o meno faticoso. *L'ausilio è spesso un composto di tecnologia e di aiuto umano*, in quanto può essere utilizzato dalla persona disabile sia direttamente (es. carrozzina elettrica o ad autospinta), sia indirettamente (es. l'utilizzo di un sollevatore da parte di un assistente per alzare dal letto una persona disabile che non può alzarsi da sola).

Il concetto di **accessibilità** indica la realizzazione di un ambiente progettato e costruito affinché i suoi spazi ed i suoi servizi possano essere agevolmente fruiti anche dalle persone disabili. Si parla così di progettazione accessibile o senza barriere, o, meglio, di progettazione per un'utenza ampliata, che tenga cioè conto di un'idea più estesa di utenza, realizzando così prodotti e servizi che soddisferanno la necessità di un maggior numero di persone.

Il concetto di ausilio e quello di accessibilità procedono parallelamente, in quanto l'accessibilità rappresenta l'adattamento dell'ambiente alla persona, mentre l'ausilio rappresenta l'adattamento della persona all'ambiente. Si ha quindi che tanto maggiore sarà l'accessibilità ad un ambiente o ad un servizio, tanto minore sarà l'impiego degli ausili necessari per l'indipendenza. Gli ausili e le

tecnologie per l'accessibilità costituiscono quelle che vengono definite come “**Assistive Technology**”, ossia Tecnologie d'Ausilio (European Commission, 1994).

La scelta dell'ausilio è una scelta molto importante per una persona, perciò spetta solo a lei il ruolo di **protagonista** di tale scelta. Ogni operatore ha invece il ruolo fondamentale di mettere a disposizione la sua competenza, la sua esperienza e il suo tempo (o quello del servizio per cui lavora) per informare la persona (e/o, quando necessario, chi l'assiste), aiutarla a valutare le sue necessità e le sue possibilità, favorire il miglior recupero motorio e funzionale della persona e delle sue capacità perché essa possa valorizzare ed esprimere al meglio le sue potenzialità: in questo modo la persona sarà messa nella condizione di poter compiere la scelta più giusta per lei, che non necessariamente sarà la scelta di un ausilio.

Va considerato che l'ausilio può essere una tecnologia molto utile ed importante, ma, per alcune persone, soprattutto quelle la cui formazione e cultura deriva da un ambiente dove *l'ausilio è visto come uno stigma della disabilità*, è molto difficile da accettare. Spesso l'ausilio non viene accettato anche se presentato nella maniera più positiva, cioè non come “senza ausilio non posso più fare” ma come “con l'ausilio posso ancora e posso meglio”. L'operatore può intervenire spiegando all'utente i vantaggi che riceverebbe dall'uso dell'ausilio e gli svantaggi a cui andrebbe incontro in caso di non utilizzo, può aiutarlo a valutare meglio la sua situazione, a verificare come inserire l'ausilio nell'ambiente in cui l'utente vive, a valutare le possibilità di eliminare o diminuire le difficoltà che l'ausilio potrebbe portare nell'ambiente intervenendo su di esso (barriere architettoniche, sociali, ecc.).

Per essere competente un terapeuta occupazionale deve essere stato preparato per questo tipo di servizio: meglio sarebbe effettuare la propria formazione frequentando una scuola di terapia occupazionale, ma, quando ciò non è possibile, il terapeuta può costruire, almeno in parte, la propria formazione frequentando opportuni corsi, scambiando esperienze con altri operatori del settore, mantenendosi costantemente aggiornato, facendo un “lavoro di squadra” con gli altri operatori dell'equipe, scambiando esperienze ed informazioni con più figure professionali, anche all'esterno dell'equipe.

Oltre a questo però il terapeuta occupazionale, come ogni altro operatore, deve anche essere disposto a non pretendere di avere sempre e per tutti una risposta chiusa nel cassetto da tirar fuori al momento giusto. Non esiste un manuale di terapia occupazionale (né di fisioterapia, di medicina, di psicologia, ecc.) in cui per ogni tipo di disabilità, per ogni problema d'indipendenza o di autonomia vi sia scritta la possibile soluzione.

In questi anni di esperienza lavorativa come fisioterapista, e ancor più da quando mi occupo del Servizio di Terapia Occupazionale, ho potuto constatare quanto sia vero il fatto che ogni utente rappresenta un caso unico, anche se può presentare la stessa patologia di un altro, avere la stessa età o la stessa attività lavorativa, ecc. Ogni individuo infatti ha le sue esigenze, i suoi bisogni, le sue difficoltà, le sue esperienze, ha le sue aspettative, una sua cultura, una sua personalità e le ha nel contesto familiare, educativo-lavorativo e sociale in cui vive. Sulle sue aspettative, sulle sue esigenze, sulle sue scelte, sulla sua voglia di partecipare alla vita come sulla sua accettazione della disabilità e delle possibili soluzioni, influiscono tutti questi fattori. E' chiaro che le combinazioni possono essere infinite, e quindi infinite sono anche le reazioni della persona di fronte agli eventi che la riguardano come la disabilità.

Ogni operatore deve prima di tutto ascoltare l'utente, capire quali sono le sue esigenze ed essere consapevole che *sarà l'utente a dover convivere con la soluzione scelta*, egli deve quindi parlare con l'utente, valutare insieme a lui le sue reali necessità e quali di queste hanno la priorità, consigliarlo e aiutarlo nelle scelte senza scegliere per lui, ma spiegandone i lati positivi e quelli negativi, e verificare i risultati delle decisioni prese anche nel tempo.

E' importante inoltre che l'operatore sia consapevole che la risposta non può e non deve trovarla da solo con l'utente, ma all'interno dell'intera equipe che lavora con l'utente e a volte anche fuori di essa perché la complessità di alcune problematiche può richiedere l'intervento di figure professionali con competenze specifiche che non fanno parte dell'equipe del servizio riabilitativo, ma che sono necessarie ai fini di un intervento completo e corretto per l'integrazione della persona disabile o anziana.

La risposta giusta alla domanda dell'utente va quindi cercata nel confronto tra le necessità che l'utente esprime, la valutazione della reale situazione dell'utente e la conoscenza e le informazioni che

tutti gli operatori hanno a disposizione: l'intervento riabilitativo e le soluzioni rivolte all'autonomia devono tener conto di tutto questo ed essere unici e personalizzati per ogni utente.

Il terapeuta occupazionale deve anche conoscere la differenza tra due concetti, quello d'indipendenza e quello di autonomia, che non sono sinonimi (Andrich R. e Porqueddu B., 1990):

- **indipendenza:** capacità di “fare da soli” le varie attività quotidiane
- **autonomia:** capacità di gestire e organizzare le varie situazioni che si presentano nel corso della vita di tutti i giorni, entrando in relazione con gli altri e partecipando alla progettazione della società cui si appartiene

Conoscere la differenza tra questi due termini è necessario per saper “misurare” il proprio intervento in modo che sia il più utile possibile, senza farsi limitare dalle difficoltà dell'utente rischiando di sottovalutare le sue potenzialità, ma anche senza “chiudere gli occhi” di fronte alle sue difficoltà per puntare verso un'indipendenza a tutti i costi che la persona non può o non vuole avere.

Il terapeuta occupazionale nello specifico si occupa anche dell'indipendenza dell'utente nelle varie attività quotidiane, ma, insieme a tutta l'equipe, è l'**autonomia** l'obiettivo a cui deve mirare e questa autonomia deve essere prima di tutto l'obiettivo dell'utente.

E' evidente che in un intervento che mira non solo all'indipendenza, ma soprattutto all'autonomia dell'utente, il contributo dato dal terapeuta occupazionale, come quello di ogni altro operatore, costituisce solo una piccola parte, che, se presa singolarmente assume scarso significato in quanto fine a se stessa: considerata invece insieme ai contributi che tutte le figure professionali (sia interne che esterne all'equipe) possono fornire, ogni piccolo intervento può offrire all'utente un aiuto concreto per il raggiungimento della propria autonomia.

Come ogni operatore, anche il terapeuta occupazionale da solo non può fornire tutte le soluzioni ai vari problemi di autonomia dell'utente, soprattutto in quei casi in cui le problematiche sono più complesse e le soluzioni da adottare sono più difficili ed elaborate.

Lavorando sul recupero dell'indipendenza, sull'addestramento alle strategie alternative e all'uso di alcuni ausili, sulle possibilità di recupero della funzionalità degli arti superiori e soprattutto della mano, il terapeuta occupazionale può favorire la risoluzione delle varie problematiche: egli aiuta l'utente a incrementare le proprie capacità funzionali perché possa poi usufruire al meglio delle opportunità che ha a disposizione.

Il terapeuta, ad esempio, può aiutare l'utente a recuperare l'autonomia nell'igiene personale mediante l'utilizzo di ausili per fare il bagno, oppure può aiutarlo a recuperare la funzionalità della mano permettendogli un miglior accesso ai comandi di una carrozzina elettrica, o magari all'uso del computer o ad un sistema di controllo ambiente, comandi per il cui adattamento sarà poi necessario l'intervento di altre competenze specifiche (anche fuori dall'equipe riabilitativa).

Riguardo alla formazione degli operatori, mi sembra opportuno considerare che quando si apre un servizio la formazione va fatta a tutti gli operatori che lavoreranno presso quel servizio, ma è importante sottolineare che non necessariamente tutti devono seguire gli stessi corsi, partecipare agli stessi convegni, ecc.

Riportare e analizzare insieme agli altri operatori del servizio le informazioni ricevute e tutto quanto appreso ad un corso, ad un esposizione, ecc. è dovere di ogni operatore perché ognuno possa avere a disposizione le informazioni necessarie e perché sul confronto di esperienze diverse ognuno possa arricchire le sue conoscenze ed essere così più preparato garantendo al servizio una miglior funzionalità.

Per avere una formazione che potesse essere il più adeguata possibile, gli operatori che si sono preparati per aprire il nostro Servizio di Terapia Occupazionale hanno proceduto nel modo riportato nella tabella seguente:

Raccolta di materiale di studio	Testi e riviste del settore su argomenti riguardanti la terapia occupazionale e sulle tecnologie d'ausilio
Partecipazione a convegni, presentazioni , giornate studio, ecc	Su argomenti riguardanti la terapia occupazionale e sulle tecnologie d'ausilio
Partecipazione a mostre ed esposizioni sugli ausili	
Visita presso strutture in cui era già stato aperto un servizio di terapia occupazionale	
Tirocinio informativo e formativo	Presso un centro dove da alcuni anni era attivo un servizio di terapia occupazionale
Realizzazione di convegni	I terapisti occupazionali, insieme con gli altri operatori della struttura (medici, fisioterapisti, infermieri, operatori ASA, animatori), hanno proposto ed organizzato presso il nostro ente due convegni sul tema "Autonomia e autosufficienza del paziente anziano" che hanno determinato possibilità di aggiornamento e nuovi scambi di esperienze con operatori qui convenuti da altre strutture
Iscrizione a corsi di perfezionamento	Iscrizione di un operatore al corso di perfezionamento su "Le tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili" presso il S.I.V.A. di Milano.
Abbonamento a Banche Dati sugli ausili	Abbonamento alla Banca Dati del S.I.V.A.
Contatti con alcune ditte fornitrici	Mantenere i contatti per avere cataloghi aggiornati degli ausili in commercio
Ricerca e aggiornamento sulle nuove tecnologie	Ricerca ed aggiornamento continui anche con l'utilizzo di internet e delle banche dati che vi si trovano

Formazione degli operatori del nostro Servizio di Terapia Occupazionale

6.3 I locali ed il materiale necessari per la realizzazione del Servizio

Per svolgere le attività specifiche della terapia occupazionale, è necessario l'utilizzo sia di materiali che di locali adatti a questi specifici scopi.

Non è possibile infatti valutare l'idoneità di un determinato ausilio senza averlo provato prima ed è evidente come non sia possibile provare ad esempio un ausilio per il bagno in una palestra o in una camera da letto. Pertanto materiali e locali devono essere adeguati alle varie necessità e adibiti unicamente a questo scopo.

6.3.1 I locali

Per realizzare un servizio di terapia occupazionale in un centro di riabilitazione si deve innanzitutto valutare la situazione logistica: è necessario che il laboratorio di terapia occupazionale sia situato nelle vicinanze dei locali palestre e del reparto di riabilitazione, in modo da permettere un miglior svolgimento delle attività dando la possibilità ai terapisti occupazionali di seguire gli utenti nelle varie fasi del loro percorso riabilitativo.

Individuare i locali ed attrezzarli in modo adeguato richiede sicuramente un'attenta valutazione: i locali devono essere accessibili a tutti perché tutti possano usufruirne, quindi devono essere adeguatamente illuminati e privi di qualsiasi forma di barriera architettonica, facilmente adattabili all'utente (possibilità di spostare mobili, maniglioni ribaltabili, possibilità di avere più ausili a disposizione, ecc.), devono avere un'adeguata temperatura (soprattutto nelle prove e negli allenamenti per le attività di igiene personale e abbigliamento), devono essere accoglienti e ricostruire il più possibile l'immagine di un ambiente domestico dove normalmente vengono svolte le attività quotidiane; devono essere locali distinti a seconda delle attività che vi si svolgono e ogni locale deve avere l'arredamento adeguato; infine devono esserci armadi e scaffali dove riporre il materiale, in modo che sia in ordine e pronto all'uso.

Presso la nostra struttura i locali adibiti alle attività di terapia occupazionale non sono molto vicini alle palestre e al reparto di riabilitazione, ma erano locali già presenti nella struttura e non venivano utilizzati: sono quindi facilmente stati resi disponibili e adibiti al nuovo Servizio. Il fatto inoltre che ci fossero due piccoli servizi igienici ha facilitato gli allacciamenti dell'acqua per la cucina ed il nuovo bagno.

L'ambiente adibito al Servizio di Terapia Occupazionale è costituito oggi dai seguenti locali:

- **Un'ampia stanza adibita per un terzo all'uso della cucina e alle prove per l'alimentazione e per i restanti due terzi all'utilizzo del computer e alle altre attività manuali.**
- **Una stanza da bagno adeguatamente attrezzata**
- **Un locale adibito all'attività di abbigliamento e di trasferimento al letto**

In questi anni non ho trovato negativo il fatto che l'ambiente cucina sia nello stesso locale di quello delle attività manuali, anzi questo spesso è servito da stimolo agli utenti del laboratorio. Fare le prove in cucina per allenarsi all'autonomia nella preparazione dei pasti in previsione del ritorno al proprio domicilio, e preparare un pasto per se stessi, può essere piacevole. Tuttavia poterlo offrire anche ad altri e sentirne i commenti può essere molto più gratificante e quindi utile alla reintegrazione anche di persone alle quali la malattia o la disabilità, o anche il semplice ricovero in ospedale, hanno provocato disagio e desiderio di isolamento per la sensazione di inutilità che la mancanza di autonomia fa sentire loro ("sono ancora in grado di..." "con l'ausilio riesco da solo a...", ecc.). D'altro canto anche per gli altri utenti che stanno lavorando nel laboratorio per allenarsi ad esempio alle attività manuali, prendersi una "pausa caffè" può rendere meno pesante tale attività.

Inoltre, lavorare nello stesso locale, permette un confronto con altre persone anch'esse con problemi di indipendenza o di autonomia. Questo facilita uno scambio di informazioni prezioso e unico ai fini della ricerca di soluzioni ai vari problemi: qualcuno che "ci è passato prima" e che ha risolto il suo problema può essere utile agli altri perché trovino le soluzioni ai loro bisogni anche sul confronto con le esperienze positive o negative di chi le soluzioni le ha già trovate. Questo scambio di informazioni diviene utile anche per noi operatori perché possiamo verificare sull'esperienza di chi ha vissuto il problema (e non solo per averlo imparato ai corsi o letto sui libri) l'utilità di una determinata soluzione (sia essa un ausilio, un intervento sull'accessibilità, o anche solo una strategia consigliata).

Naturalmente si tratta solo di suggerimenti, perché ogni persona è diversa e una stessa soluzione può essere utile a una e non adatta all'altra. Tuttavia capire perché ad esempio un determinato ausilio sia stato negativo per quella persona o positivo per l'altra, aiuta non solo a valutare meglio l'ausilio in questione, le sue caratteristiche, i vantaggi che offre ed i problemi che crea o che non risolve, ma anche a valutare come una persona si pone di fronte all'ausilio e come l'ausilio si inserisce nel contesto familiare e sociale in cui la persona vive. Va considerato che questo scambio di informazioni tra i vari utenti avviene in un ambiente che permette agli operatori di "sorvegliare" (se mi è concessa l'espressione) quanto avviene chiarendo subito dubbi e informazioni errate o dando le indicazioni su come e dove ricevere le informazioni più corrette perché un concetto sbagliato, o non completo, non passi poi da utente ad utente.

Ho riscontrato invece spesso negativo il fatto che questa stessa stanza venga utilizzata anche per il primo colloquio tra il terapeuta occupazionale e la persona che arriva al laboratorio (con raccolta dati ed informazioni) e per l'incontro con i familiari. Per questi scopi sarebbe invece opportuno avere a disposizione un locale apposito, uno studio dove vi siano un tavolo (scrivania), delle sedie, un computer per accedere alla banca dati, un armadio dove riporre i cataloghi degli ausili e le schede ed i moduli per le valutazioni: un luogo dove poter mettere a proprio agio l'utente e, quando necessario, i suoi familiari e poter offrire loro la nostra consulenza nel migliore dei modi. Per ora avere un altro locale a disposizione non è fattibile, pertanto cerchiamo di ovviare al problema (che comunque richiede una soluzione) programmando, per quanto possibile, le consulenze in base ai trattamenti che sono in atto.

Il locale adibito all'abbigliamento e il locale bagno è ovviamente indispensabile che siano locali separati da tutto il resto. Queste (soprattutto l'igiene) sono attività quotidiane molto personali che

possono creare disagio già quando non presentano grosse difficoltà, figuriamoci quando le difficoltà sono notevoli e diventa difficile anche il solo parlarne.

Adattare un ambiente in modo che sia accessibile e renda meno difficoltose e più sicure le varie attività può aiutare la persona disabile o anziana a riprendere fiducia in se stessa e nelle sue capacità, perché verifica che con l'utilizzo di appropriati ausili o interventi sull'ambiente, può compiere tali attività in modo indipendente o può renderle più facili a chi l'assiste.

Come Centro di Riabilitazione, la struttura presenta anche altri locali dove imparare a svolgere alcune attività in maniera autonoma e dove può essere richiesto l'intervento del terapeuta occupazionale.

L'allenamento ai passaggi in automobile (e al caricamento della carrozzina in auto) viene svolto nel parcheggio auto del nostro centro: alcuni operatori mettono a disposizione le loro auto e questo offre la possibilità agli utenti di poter provare più modelli prima di scegliere quello più adatto. Si valutano i possibili adattamenti dei comandi e, quando non è possibile il passaggio indipendente all'auto, si valutano con l'utente le possibili alternative, sia sfogliando i cataloghi degli ausili, sia consultando la Banca Dati, i cataloghi delle varie ditte o internet, sia usufruendo della possibilità che qualche volta abbiamo di poter valutare gli adattamenti dei dispositivi di comando direttamente su alcune auto che appartengono ai soci dell'Associazione Disabili Bergamaschi. A volte i soci mettono a disposizione anche la loro esperienza spiegando essi stessi i vantaggi e gli svantaggi che ne hanno ricavato ai nostri utenti e mostrando loro il funzionamento dei vari comandi.

L'allenamento all'uso degli ausili per l'incontinenza (cateteri, dispositivi esterni, ecc.) viene seguito nei reparti dal personale infermieristico: in questa attività il nostro intervento come terapisti occupazionali consiste nel raccogliere informazioni sia dall'utente che dagli operatori, valutare le difficoltà e cercare insieme le possibili soluzioni, magari utilizzando un dispositivo diverso, o cercando di recuperare, con appositi esercizi, un'attività manipolativa ancora debole, o trovando un ausilio che ne faciliti la prensione, o una strategia d'indipendenza che renda più sicure alcune manovre.

Vi sono infine alcuni "locali", non ben delimitati dal punto di vista logistico ma che sono presenti in ogni struttura, sono vicini anche ai locali di palestra o di terapia occupazionale e possono essere utilizzati per l'allenamento all'autonomia. Essi non incidono sulle spese in quanto sono già esistenti come facenti parte della struttura stessa e, a volte, proprio per questo ne viene trascurata l'importanza: sono gli ambienti all'interno della struttura dove vi sono, ad esempio, scale, ascensori, ecc. oppure i percorsi esterni alla struttura come i vialetti, i marciapiedi, il giardino.

Imparare ad utilizzare l'ascensore con un ausilio che faciliti l'uso della bottoniera, potersi muovere in ambienti esterni grazie all'uso di una carrozzina elettronica per esterno, verificare l'importanza di un corrimano per fare le scale, imparare a salire su un marciapiede con una carrozzina, ecc. sono tutte azioni che contribuiscono notevolmente al recupero dell'autonomia negli spostamenti in casa e fuori.

Nella tabella seguente è riportata una descrizione dei locali del nostro Servizio di Terapia Occupazionale:

Un'ampia stanza adibita per un terzo all'uso della cucina e alle prove per l'alimentazione e per i restanti due terzi all'utilizzo del computer e alle altre attività manuali.	All'interno di questa stanza vi sono: <ol style="list-style-type: none">1. la cucina: ha i fornelli elettrici e offre la possibilità d'accesso anche a chi è in carrozzina permettendo di spostare le cassettiere sotto il piano di lavoro perché provviste di ruote.2. un armadio con ante in vetro dove vi sono alcuni piccoli ausili per le attività quotidiane;3. uno scaffale grande dove è riposto il materiale.4. tavoli: due di questi tavoli sono regolabili in altezza e offrono un accesso facilitato agli utenti in carrozzina.5. sedie con braccioli e sedie senza braccioli6. un armadio basso
---	---

<p>Una stanza da bagno, abbastanza grande da potersi muovere agevolmente al suo interno sia con una carrozzina sia con un ausilio per la deambulazione.</p>	<p>La stanza è costituita da :</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Doccia con scarico a pavimento attrezzata con maniglioni a muro 2. vasca con maniglione a muro, con doccia e con rubinetto a leva e miscelatore 3. lavabo con spazio sotto per l'accesso alle carrozzine, rubinetto a leva con miscelatore e specchio ampio per essere utilizzato sia da chi è in piedi sia da chi è seduto; il bordo del lavabo è abbastanza largo sulla parte posteriore da permettere di essere utilizzato per appoggiarvi gli oggetti necessari alla toilette; a lato del lavabo vi è un maniglione a muro e una presa di corrente per rasoi elettrici, asciugacapelli, ecc. 4. wc con maniglioni ribaltabili 5. bidet con maniglioni ribaltabili e rubinetto a leva con miscelatore
<p>Un locale adibito all'attività di abbigliamento e di trasferimento al letto.</p>	<p>All'interno vi sono:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. un letto da palestra 2. una sedia con braccioli 3. un armadio dove sono riposti materiali di vario utilizzo e dove sono archiviate le cartelle degli utenti che hanno frequentato il laboratorio negli anni scorsi.

Locali del nostro Servizio di Terapia Occupazionale

6.3.2 I materiali

Il materiale da avere a disposizione per le attività di terapia occupazionale è altrettanto importante dei locali: esso è molto vario e va dagli ausili più semplici come un'imbottitura per posata a quelli più complessi come una sedia da doccia, a quelli più tecnologici, da ausili utili per più funzioni come un impugnatura particolare per la prensione di vari oggetti a quelli più specifici come un rialzo per wc, da ausili standard a quelli su misura o personalizzati. Oltre agli ausili sono necessari materiali per le molte attività quotidiane (telefono, materiale da cucina, ecc.) e per le varie attività manuali, nonché materiale di cartoleria e attrezzi e materiale per poter costruire in laboratorio alcuni piccoli ausili da utilizzare per le prove o per modificare, adattare o personalizzare ausili già esistenti.

A prima vista la lista del materiale necessario appare interminabile. Si potrebbe pensare di dover avere a disposizione tutti gli ausili per le prove ed una stanza con tutto il materiale per le attività manuali. Ciò però risulta alquanto complesso, sia per la spesa troppo elevata, sia per lo spazio a disposizione per mettere il tutto, essendo alcuni ausili particolarmente costosi ed ingombranti.

Certamente servono molti ausili per poter effettuare le varie prove, ma è necessario fare una scelta accurata del materiale da avere nel laboratorio prima di acquistarlo e per fare questo si deve valutare in particolare la tipologia d'utenza che frequenta il servizio: in questo modo si possono valutare le maggiori problematiche che si presentano e quindi le maggiori esigenze dell'utenza e cercare di avere in laboratorio gli ausili più utilizzati per risolvere tali problemi.

Effettuata la scelta dei materiali è utile far fare dei preventivi da più ditte per stabilire quali sono le migliori offerte. Molto importante è verificare le possibili soluzioni alternative all'acquisto: ad esempio si possono contattare le varie ditte e valutare con loro la possibilità di avere alcuni ausili in visione. Ciò permette di provare gli ausili prima di acquistarli, condizione questa che è fondamentale soprattutto nel caso di ausili più specifici da valutare con utenti le cui soluzioni ai problemi risultano più complesse, ma vale in generale per tutti.

Per quanto riguarda gli ausili più piccoli, soprattutto da usare per le prove, esiste anche la possibilità di utilizzare materiale già esistente in commercio (economicamente più conveniente) e

adattarlo a seconda delle necessità realizzando ausili nuovi, o imitandone alcuni visti sui cataloghi o personalizzando un ausilio già acquistato.

Il materiale necessario per le attività quotidiane e per le attività manuali va acquistato anch'esso valutando la tipologia d'utenza del servizio e considerando le varie possibilità di acquisto.

Il materiale per le attività di prensione e manipolazione è quello che influisce meno sulla spesa di tutto il materiale in quanto a questo scopo possono essere usati anche oggetti d'uso quotidiano, oggetti che possono essere facilmente reperibili e adattati, oppure oggetti di vario materiale che possono essere costruiti nel laboratorio di terapia occupazionale durante le attività manipolative. Possono essere utilizzati sia veri e propri materiali per la manipolazione, sia oggetti di uso comune di varia forma, dimensione, superficie, consistenza e peso che permettono di svolgere diverse attività di prensione, manipolazione e lavoro bimanuale. Nel nostro laboratorio gli utenti per primi collaborano alla realizzazione di oggetti che possono essere utilizzati per queste attività dando suggerimenti e fornendo con le loro esperienze e le loro conquiste preziosi consigli anche agli operatori.

Parte del materiale presente nel nostro laboratorio di terapia occupazionale è costituito da oggetti di normale commercio che possono essere però molto utili allo scopo, soprattutto se si pensa alla spesa che richiedono i "piccoli ausili" per le attività quotidiane completamente a carico dell'utente.

Oggi alcuni oggetti, che solo pochi anni fa facevano parte della categoria ausili in senso stretto e si potevano trovare solo sui cataloghi degli ausili e nei negozi di ortopedia, sono diventati oggetti di uso comune e si possono trovare sul normale mercato anche a prezzi meno elevati.

Ai nostri giorni il mercato comune offre la possibilità di trovare oggetti che svolgono la medesima funzione in modo completamente diverso l'uno dall'altro, cercando di facilitare le varie attività quotidiane e permettendo ad una più vasta tipologia di persone di usufruirne. Questo perché la progettazione dei vari prodotti (anche prodotti più estesi quali ad esempio le cucine) negli ultimi anni è rivolta sempre più ad un **utenza ampliata** e verso il concetto di **usabilità del prodotto**, cioè considera un'idea più estesa e flessibile di "consumatore medio" e pensa a prodotti che assolvano alla funzione per cui sono stati ideati in modo efficace, efficiente, confortevole e sicuro (Consorzio Eustat, 1999: *Pronti... Via!...*).

Valutare bene i prodotti già esistenti sul mercato comune prima di prendere in considerazione gli ausili da ortopedia (in particolare per piccoli oggetti di uso domestico) può essere significativo, soprattutto per quelle persone che cominciano ad avere i primi problemi di dipendenza nelle attività quotidiane di base e non riescono ad accettare subito l'idea della disabilità e dell'ausilio tecnologico.

Per "piccole" necessità di indipendenza esistono molte possibilità che ad una prima osservazione possono sfuggire, ma che, con un po' più di attenzione ed un occhio più critico alle esigenze di indipendenza dei vari utenti, possono essere facilmente trovate. Valutare queste opportunità permette a volte di trovare delle soluzioni, che vengono meglio accettate perché non viste come un segno di disabilità, ma come un comfort in più, una soluzione comoda che si può avere a disposizione senza che crei "disagi in pubblico": sono in commercio, ad esempio, posate che hanno il manico di diametro più grosso, sono colorate ed esteticamente belle, e soprattutto vengono "usate da chiunque" e, "senza farsi notare", offrono la possibilità di migliorare la presa a chi ha qualche problema di dolori articolari alle mani. In questi casi si ha comunque la necessità di quel tipo di oggetto senza il quale si avrebbe maggiore difficoltà, ma non è la stessa cosa di un ausilio da ortopedia, non trascurando la differenza anche dal punto di vista economico. A volte ciò può essere anche il primo passo verso l'accettazione dell'ausilio.

L'utente (mi riferisco in particolare ad utenti con malattie progressive o utenti anziani) comincia ad avere difficoltà nelle varie attività e quindi comincia a valutare i suoi bisogni e le sue necessità: si rende conto che la sua situazione sta subendo dei cambiamenti e questo lo preoccupa, soprattutto perché spesso non è informato sulle possibili soluzioni e si immagina un futuro sempre più difficile e meno autonomo. Seguito da operatori competenti che sanno valutare tutti insieme la situazione dell'utente e che lo aiutano a valutare le sue reali necessità e a rivalutare e valorizzare le sue potenzialità, può cominciare a osservare le cose in modo diverso, a studiare strategie nuove per svolgere le attività di sempre, può verificare che le attività in cui ha difficoltà possono essere di nuovo svolte senza fatica utilizzando un oggetto diverso ma comunque di uso comune (posata a manico grosso, calzascarpe a manico lungo, ecc.). Col tempo, e l'avanzare delle difficoltà, abituato a fare le

cose in modo diverso da prima e con l'aiuto di alcuni oggetti, può considerare anche l'aiuto che possono offrire gli ausili veri e propri, rivalutando, con l'aiuto degli operatori e della propria esperienza, i lati positivi degli ausili stessi e non solo sottolineando i loro aspetti negativi.

Tutto questo non ci deve però far pensare che, soprattutto con le persone anziane, si devono scegliere soluzioni alternative all'ausilio o proporre solo alcune soluzioni ritenute, dall'operatore, le più idonee, per timore che la persona non le accetti: all'utente vanno fornite tutte le informazioni necessarie e i consigli che richiede, sarà lui poi a "trarre le conclusioni" e a procedere verso la scelta che riterrà più idonea. Ciò però non deve neanche farci cadere dal lato opposto del problema, cioè mostrare tutte le possibilità, valorizzando soprattutto quelle più sofisticate e tecnologiche, rischiando il fallimento per aver utilizzato modalità errate nell'attuare la proposta: non è detto infatti che l'ausilio più tecnologico e sofisticato sia anche quello più adatto a quell'utente.

Per quanto riguarda il nostro Servizio, il materiale che abbiamo a disposizione è costituito principalmente da:

- **materiale per la cucina**
- **materiale per altro uso domestico**
- **ausili per cucinare e per l'alimentazione**
- **ausili per l'igiene personale**
- **ausili per l'abbigliamento**
- **ausili per utilizzo vario**
- **computer e stampante**
- **Banca Dati del S.I.V.A.**
- **cataloghi sugli ausili**
- **materiale vario per attività creative, ludiche, di prensione e manipolazione**
- **materiale vario per la realizzazione, l'adattamento, la riparazione, ecc. di piccoli ausili**

Gli ausili, soprattutto quelli per le attività quotidiane, hanno un ruolo fondamentale tra il materiale da avere nel laboratorio di terapia occupazionale: essi infatti costituiscono un importante mezzo che la terapia occupazionale ha a disposizione per aiutare un utente nel recupero dell'indipendenza nelle varie attività quando non è possibile farlo tramite il recupero delle funzioni perse o l'insegnamento di strategie alternative.

Sulla base della mia esperienza lavorativa posso dire che gli ausili necessari sono svariati in quanto spesso ogni persona necessita di un ausilio strettamente specifico rispetto alle sue esigenze. Per questo va considerato che all'interno della stessa categoria vi sono ausili le cui caratteristiche li rendono adattabili a più persone: ad esempio esistono rialzi per wc che permettono la regolazione a diverse altezze per essere adatte a più persone, che hanno i braccioli ribaltabili e quindi si può decidere di utilizzarli oppure no; vi sono materiali per facilitare la prensione che possono essere applicati a più oggetti (biro, spazzolino da denti, posate, ecc.). E' proprio questi ausili che si dovrebbe cercare di valutare con più attenzione per averli a disposizione nel laboratorio, perché possono essere provati da un'utenza più ampia.

Un ruolo altrettanto fondamentale degli ausili è rivestito dal materiale per la ricerca (Banca Dati, cataloghi, internet, ecc.) in quanto esso offre la possibilità di conoscere gli ausili in commercio, contattare le ditte per chiedere informazioni ed averli in visione e, per gli ausili più piccoli, anche la possibilità di "imitarli artigianalmente" in laboratorio per le prove prima di sceglierli e ordinarli.

Nella tabella seguente è riportata una descrizione del materiale a disposizione del nostro Servizio di Terapia Occupazionale:

materiale per la cucina	pentole, piatti, bicchieri, posate, vassoi, moca del caffè, asciugamani, tovaglia e
--------------------------------	---

	tovaglioli, detersivo per piatti, ecc.
materiale per altro uso domestico	lenzuola, ferro da stiro, stendibiancheria, telefono, ecc.
ausili per cucinare e per l'alimentazione	posate adattate, tagliere per facilitare l'attività a chi utilizza una sola mano, bicchieri di varia forma per offrire più possibilità di presa, piatti a bordo alto, oggetto per facilitare l'apertura dei barattoli, ecc.
ausili per l'igiene personale	seggolini per la vasca da bagno, rialzi per wc, sedia da doccia, tappetino antiscivolo, spugne con manico lungo e spugne di varia forma, ausilio per rasoio elettrico, ecc.
ausili per l'abbigliamento	calzaccalze, calzascarpe a manico lungo, bastoni con ganci per indossare abiti, allaccia-bottoni, lacci elastici, anelli da applicare alle cerniere per facilitare chi ha problemi di prensione fine, ecc.
ausili per utilizzo vario	ausilio per facilitare la presa delle chiavi; pinza con manico lungo per prendere oggetti da terra o a distanza; carrellino portavivande, regolabile in altezza e con due ripiani, che può essere utilizzato come dembulatore in ambiente interno (ha quattro ruote piccole) e che offre il vantaggio di essere particolarmente ridotto in dimensioni; imbottiture e altri tipi di presa da applicare a biro, pennelli, ecc; forbici con diversa possibilità di presa; ausilio per sostenere le carte da gioco; vassoio da appoggiare sulle gambe quando si è seduti in carrozzina e su cui appoggiare gli oggetti per poterli trasportare meglio da usare come leggio, ecc.
un computer e una stampante a colori	un computer con supporto CD-ROM, adatto all'utilizzo di banche dati come la Banca Dati sugli ausili del S.I.V.A. e con stampante a colori; sono presenti inoltre un joystick da utilizzare per le prove; un ausilio artigianalmente costruito in laboratorio per battere sulla tastiera senza l'uso delle dita; un paio di software con tastiera a video a scansione (demo prelevati da internet).
Banca Dati del S.I.V.A.	Banca Dati del S.I.V.A. sugli ausili di cui è stato fatto l'abbonamento esteso
cataloghi sugli ausili,	cataloghi sugli ausili, richiesti alle varie ditte e prelevati da internet
materiale vario per attività creative, ludiche, di prensione e manipolazione	traforo, pennelli, vernici, plastilina, scacchi, carte, oggetti di varia forma, dimensione, consistenza, peso, ecc.
Materiale vario per la realizzazione, l'adattamento, la riparazione, ecc. di alcuni piccoli ausili	cassetta degli attrezzi, pistola con colla a caldo, sparapunti, e materiale vario; alcuni pezzi di materiale per piccoli splint, legno, cuoio, velcro, elastico, gommapiuma, stoffa, polistirolo, materiale da cucito, ecc.

Materiale del Servizio di Terapia Occupazionale

Abbiamo anche a disposizione ausili o altro materiale d'ufficio che per problemi di spazio o soprattutto per necessità pratiche non vengono tenuti nel laboratorio, ma in luoghi più opportuni. Materiali come la fotocopiatrice, il fax, la videocamera, ecc. sono tenuti nell'ufficio adiacente alle palestre e sono a disposizione di tutti gli operatori del Servizio di Riabilitazione.

La nostra struttura ha poi un piccolo magazzino, gestito da una fisioterapista, dove, oltre ad essere fatte la manutenzione e le riparazioni di routine degli ausili di proprietà della struttura e di quelli affidati agli utenti della Casa di Ricovero, vengono depositati alcuni ausili (di proprietà della Casa di Ricovero) che possono essere affidati agli utenti da noi ricoverati o in prova per una valutazione, o temporaneamente per sopperire ai lunghi tempi d'attesa che trascorrono dalla valutazione all'arrivo dell'ausilio. Gli ausili usati esclusivamente per le prove sono mantenuti in magazzino, mentre gli altri

ausili sono distribuiti, a seconda delle necessità, agli utenti nei reparti o in palestra per essere utilizzati per la riabilitazione.

Nella tabella seguente è riportata una descrizione del materiale del magazzino:

carrozzine di vario modello:	carrozzine basculanti; carrozzine, di cui una con struttura leggera, alle quali possono essere applicati tavolino, spinte laterali, poggiatesta, braccioli regolabili in altezza; carrozzina monoguida in struttura leggera; alcune carrozzine pieghevoli modello standard da utilizzare soprattutto per i trasporti degli utenti all'interno (i percorsi tra i vari reparti o locali sono piuttosto ampi) o all'esterno della struttura (per esami di laboratorio, visite ortopediche, gite con gli animatori, ecc.); poltrone basculanti
cuscini antidecubito:	cuscini ad aria di modelli, dimensioni ed altezze diverse; cuscini multistrato di diversa profondità (con base solida in schiuma di urtano e una parte in fluorite applicata sopra con del velcro rivestiti da un'unica fodera); cuscini con strutture diverse(es. a nido d'ape); vi sono poi cuscini non antidecubito ma che possono fornire comfort nella seduta, come ad esempio i cuscini in silicone.
Ausili per la deambulazione:	deambulatori di vario modello (a tavolino, articolati, per uso esterno, con ascellari, con quattro ruote e con due ruote e due puntali, con appoggi antibrachiali); tripod; stampelle; bastoni.
Materiale vario:	fasce reggi-braccio di vari modelli, ortesi di modelli e misure diverse per il deficit dei flessori dorsali, cinture a45°, ecc.
Materiale per le riparazioni:	attrezzi, pezzi di ricambio, ecc.

Materiale del magazzino

Il materiale del magazzino, tutto catalogato a computer con un codice identificativo per ogni ausilio e ogni altro oggetto e aggiornato periodicamente, è a disposizione di tutti gli utenti della struttura e può essere prelevato, a seconda delle necessità, da tutti i fisioterapisti: quando un ausilio viene prelevato dal magazzino viene segnalato su un apposito registro (data di presa in prestito, nome dell'utente a cui viene affidato, reparto in cui si trova l'utente, data di riconsegna).

Alcuni ausili, come sollevatori, letti ortopedici e materassi antidecubito, sono in palestra e soprattutto nei reparti: ne esistono vari modelli e vengono utilizzati durante il periodo di riabilitazione.

Il materiale che abbiamo a disposizione è stato in gran parte acquistato dalla Casa di Ricovero. Parte di esso però, soprattutto gli ausili che sono presenti nel laboratorio di terapia occupazionale, è stato concesso in visione e successivamente regalato da alcune ditte. Altro materiale (es. nuovi modelli di carrozzine, cuscini, deambulatori, rialzi per wc, ecc.) lo abbiamo avuto in visione per alcuni periodi con la possibilità di valutarne meglio le caratteristiche ed essere più preparati al momento di descriverne le qualità ad un utente.

Il materiale a nostra disposizione non è molto rispetto alle esigenze del Servizio, soprattutto il materiale per le prove. Gli ausili hanno un ruolo fondamentale in un intervento mirato all'autonomia e costituiscono un importante mezzo a disposizione di operatori ed utenti, pertanto è necessaria la loro presenza in un servizio di riabilitazione finalizzato a questo scopo, che altrimenti perderebbe parte del suo valore e del suo significato.

E' tuttavia in fase di valutazione la richiesta di nuovi ausili sia per il magazzino che per il laboratorio di terapia occupazionale (in particolare il materiale per le prove nella stanza da bagno): si tratta di una valutazione dei preventivi d'acquisto e delle possibili alternative almeno per parte del materiale.

Valutare le possibili alternative all'acquisto degli ausili è importante sia per contenere le spese, sia per poter valutarne un maggior numero. Perciò ritengo fondamentale mantenere i contatti con le varie

ditte alle quali va richiesto un continuo aggiornamento sui nuovi prodotti e la possibilità di poterli avere in visione anche solo per un tempo determinato e soprattutto prima di affidarli all'utente.

Per la nostra organizzazione e per gli orari a disposizione, non è possibile che ognuno di noi mantenga i contatti con le varie ditte distributrici (e questo sarebbe comunque dispersivo), perciò nella nostra struttura questo compito è affidato alla fisioterapista che gestisce il magazzino.

6.4 Modalità di intervento del Servizio: procedure operative

Ogni progetto richiede sempre l'elaborazione di un protocollo di lavoro che stabilisca delle procedure operative ben definite e specifiche per quel progetto.

Il protocollo di lavoro del nostro Servizio di Terapia Occupazionale comprende più fasi che lo definiscono come parte integrante di un programma riabilitativo che mira all'autonomia dell'utente.

Le fasi operative della consulenza del Servizio sono:

▪ **Valutazione iniziale**

Viene eseguita solitamente il 2°-3° giorno dall'ingresso dell'utente presso il Centro di Riabilitazione e consiste in:

1. colloquio con l'utente e raccolta dati e informazioni

Viene effettuato un colloquio con l'utente e vengono raccolti i suoi dati personali, le sue esigenze e più informazioni possibili sulla situazione ambientale (familiari, assistenza, domicilio, ecc.) e sugli ausili che egli già utilizza (prescritti o consigliati durante precedenti ricoveri o a domicilio). Le informazioni sul domicilio vengono richieste anche ai familiari tramite un'apposita scheda che viene data loro all'ingresso dell'utente presso il nostro centro. (vedi capitolo 10: poiché tale scheda prevede la misurazione di alcuni locali e strutture del domicilio, non è possibile compilarla durante il colloquio).

2. valutazione della situazione iniziale

Durante la valutazione vengono fatte provare all'utente le varie attività: vengono simulate in laboratorio le situazioni quotidiane e viene verificato in quali e perché presenta difficoltà e in quali potrebbe, se adeguatamente addestrato, essere di nuovo indipendente. Si attua qui una prima individuazione dei problemi, ed una valutazione delle capacità residue per stabilire quali siano quelle da valorizzare, quali quelle da rinforzare, quali da compensare e quali invece da sostituire.

Da questa prima valutazione si ricavano preziose informazioni sulla situazione dell'utente e sulle sue possibilità e si possono scambiare con gli altri operatori notizie utili per impostare un programma riabilitativo più adeguato.

▪ **Presa in carico e valutazione delle modalità di procedura**

Non sempre l'utente viene preso subito in carico dai terapisti occupazionali per un addestramento: a volte, dopo una prima valutazione, si preferisce aspettare un po' di tempo (soprattutto quando l'utente è gravemente compromesso dal punto di vista motorio e funzionale e magari anche disorientato e confuso) per dar modo all'utente di ambientarsi, abituarsi ai ritmi e agli orari di un ambiente nuovo, ai vari operatori, e alle attività da svolgere. Alcune persone non sono in grado di sostenere fin da subito un intervento per il recupero dell'indipendenza nelle attività quotidiane, ma hanno bisogno che si rispettino i loro tempi e la loro capacità di adattamento. Altre volte si devono attendere i tempi necessari al recupero funzionale attuato in palestra (es. attendere che venga concesso il

carico perché l'utente possa iniziare a camminare con un deambulatore); oppure è necessario seguire le indicazioni del terapeuta che si occupa delle funzioni corticali superiori e rispettare le modalità ed i tempi da lui delineati.

Va considerato inoltre che molti utenti sono persone anziane il cui quadro clinico è spesso definito dalla compresenza di più patologie e a volte è indispensabile attendere la risoluzione di alcune problematiche prima di poter impostare un programma specifico.

Quando cominciano i primi progressi e diventa possibile intervenire con nuove richieste, gli utenti sostengono una nuova valutazione (valutazione intermedia) con il terapeuta occupazionale in modo che si possa iniziare precocemente un programma specifico che comprende:

1. individuazione delle strategie di indipendenza

Il nostro intervento per aiutare l'utente a risolvere le sue difficoltà non si definisce necessariamente con l'affidamento di un ausilio; a volte sono sufficienti alcuni consigli o l'insegnamento di piccole strategie sostitutive e di compenso (es. scrivere con la mano sinistra, vestire prima il lato del corpo che presenta maggiori difficoltà motorie, usare scarpe senza lacci, ecc.) o di strategie che rendano le attività più sicure (es. utilizzare una sedia per le attività di igiene al lavandino). Per molte persone possono essere preziosi suggerimenti per continuare a svolgere le loro attività in modo indipendente e sicuro.

2. addestramento alle attività manuali

Quando il problema di indipendenza è dato soprattutto da deficit agli arti superiori e alle mani, viene valutata la possibilità di recuperare la loro funzionalità o di trovare gesti che ne possano compensare la mancanza tramite l'uso di attività manipolative.

Le attività di prensione, manipolazione e le attività manuali in genere sono molto importanti, in quanto svolgerle seguiti dai terapisti occupazionali favorisce un recupero funzionale della mano e dell'arto superiore che a volte può portare a non dover utilizzare un determinato ausilio per svolgere un'attività in modo indipendente, come ad esempio scrivere con la biro senza che questa sia adattata.

Altre volte invece, grazie al recupero di queste funzionalità, è possibile utilizzare un ausilio per l'autonomia che prima non era possibile utilizzare, come recuperare parte della funzionalità della mano per gestire un joystick a comando manuale per spostarsi con una carrozzina elettronica, o per agire su un sensore per il computer: avere l'autonomia negli spostamenti è spesso il primo passo verso il ritorno ad una vita socialmente attiva e poter utilizzare un computer per molte persone disabili può significare anche un'opportunità di lavoro e quindi di integrazione sociale e di indipendenza economica; oppure recuperare la funzionalità degli arti superiori per essere avviati ad un'attività sportiva, altro mezzo di integrazione sociale soprattutto per gli utenti più giovani.

L'**ausilio**, infatti, può essere considerato un "punto di partenza", cioè una facilitazione per la riabilitazione ("ora è necessario l'uso di un deambulatore, ma quando avrai fatto ulteriori progressi potrai farne a meno") o un "punto di arrivo", cioè una facilitazione per l'autonomia e l'integrazione sociale ("allena la gestualità della tua mano o i piccoli movimenti che essa può fare così potrai usare il computer senza difficoltà"): in ogni caso è sempre più spesso un elemento indispensabile nel programma di recupero dell'autonomia.

3. individuazione degli ausili necessari e prova degli stessi

Quando non è possibile risolvere i problemi con un intervento di recupero motorio e funzionale e con l'uso di tecniche e strategie alternative, si utilizzano gli ausili che permettono di svolgere le attività che da soli non si possono più a fare o che richiedono troppa fatica o mettono la persona in condizioni di pericolo.

Una volta valutata con l'utente la sua situazione, per effettuare la scelta degli ausili, vengono utilizzati gli ausili presenti in laboratorio o in palestra, vengono presi in

considerazione i cataloghi degli ausili, viene fatta una ricerca sulla Banca Dati del S.I.V.A. e, se necessario, su internet. Prima di prendere la decisione finale si sceglie l'ausilio che sembra adatto e lo si prova. Se l'ausilio non è disponibile, ma è stato trovato sulla banca dati o sui cataloghi si valuta la possibilità di averlo in visione per farlo provare all'utente. Anche gli ausili, come le strategie di compenso, vanno provati e riprovati per stabilire quale sia il più idoneo.

L'ausilio deve essere inserito nel programma riabilitativo in maniera armonica e graduale: esso va affidato al momento giusto e solo per il periodo necessario; va introdotto quando l'utente è pronto, sia dal punto di vista motorio e funzionale, che soprattutto dal punto di vista motivazionale, ad accettarlo e a renderlo parte integrante del suo progetto di vita indipendente.

Il ruolo del terapeuta occupazionale è soprattutto quello di favorire il recupero o il miglioramento delle capacità residue recuperando, quando possibile, le funzioni perse, insegnando l'uso di strategie alternative d'indipendenza, mostrando gli eventuali ausili necessari e addestrando l'utente al loro utilizzo, perché egli possa poi avere la possibilità di sfruttare quanto appreso come meglio desidera.

▪ **Allenamento nelle attività quotidiane**

Questa fase consiste in:

1. scelta delle strategie alternative d'indipendenza e degli ausili da utilizzare e allenamento al loro utilizzo

Fatte le varie prove, si scelgono le tecniche e gli ausili più adatti. In questa fase l'utente viene allenato in laboratorio e successivamente viene addestrato dal terapeuta occupazionale anche in reparto.

Gli ausili possono essere scelti, a seconda della loro funzione, in laboratorio con i terapisti occupazionali, in palestra con i fisioterapisti, in reparto con gli infermieri o il medico, ecc. e l'addestramento all'uso dell'ausilio viene svolto dai vari operatori. Ogni operatore, col suo "bagaglio di informazioni" sull'utente partecipa alla proposta dell'ausilio e viene informato sia della scelta dell'ausilio sia dei progressi che l'utente compie o le difficoltà che ha nell'utilizzarlo.

L'addestramento all'uso dell'ausilio nelle attività quotidiane viene però svolto soprattutto nel laboratorio e nel reparto con il terapeuta occupazionale. Ad esempio, quando in palestra viene scelto un deambulatore (dopo che è stato valutato idoneo per quell'utente tenendo conto di tutta la sua situazione), l'addestramento al cammino con questo ausilio viene seguito dal fisioterapista: quando l'utente ha imparato a gestire il deambulatore per alzarsi, sedersi, e muoversi all'interno della palestra, egli viene seguito dal terapeuta occupazionale sia in laboratorio che in reparto perché impari a gestirlo durante le attività quotidiane, quali andare in bagno, sedersi a tavola, ecc. in modo autonomo e in completa sicurezza. Appena possibile, quando l'utente ha appreso l'uso dell'ausilio, gli viene affidato in reparto affinché possa utilizzarlo nel momento del bisogno (es. utilizzare un deambulatore o una carrozzina elettrica per gli spostamenti in reparto, utilizzare un calzavola quando si veste la mattina ecc.).

In questo modo, tramite un confronto tra l'osservazione diretta dell'utente durante l'addestramento, le informazioni riferite dall'utente stesso e quelle riferite dal personale del reparto, è possibile verificare se l'utilizzo dell'ausilio è stato appreso in modo corretto e se l'ausilio è ritenuto realmente idoneo e utile; inoltre, se vi sono dubbi e difficoltà, possono essere subito risolti evitando così errori e rischi.

La scelta dell'ausilio si basa non solo sulla sua competenza e sulla sua consonanza con l'utente, ma anche sulla sua contestualità, cioè rispetto all'ambiente in cui esso sarà utilizzato (ci basiamo per questo sulle informazioni raccolte all'inizio).

2. individuazione degli adattamenti e personalizzazione degli ausili
Utilizzando l'ausilio l'utente, può verificare che sia realmente il più idoneo per lui, può valutarne i difetti e possono essere valutate col terapeuta le eventuali modifiche e gli adattamenti per personalizzarlo e renderlo più efficace. E' importante considerare ogni aspetto dell'ausilio e verificare con l'utente le varie possibilità.

▪ **Preparazione alla dimissione e al rientro a domicilio**

Questa è la fase in cui, raggiunto l'obiettivo di recupero motorio e funzionale dell'utente, valutati gli ausili necessari e individuato quelli a lui più idonei, addestrato l'utente al loro utilizzo, diventa necessario riverificare le scelte fatte e preparare il ritorno a domicilio dell'utente. Ciò viene eseguito tramite:

1. valutazione dell'ambiente (barriere architettoniche, possibilità di assistenza, ecc.)

I dati e le informazioni raccolte all'inizio e prese in considerazione durante tutto il periodo di scelta e addestramento all'uso degli ausili, vengono a questo punto riesaminati in maniera più approfondita per verificare che non sia stato trascurato niente e per valutare gli ulteriori possibili interventi da effettuare.

2. contatto con i familiari, o chi per essi (assistenti personali, assistenti sociali, ecc.) per valutare le possibili soluzioni e preparare il domicilio per il rientro dell'utente

I familiari (o, in loro assenza, gli assistenti sociali) vengono sempre tenuti aggiornati sulla situazione dell'utente dal medico di reparto, ma anche dai fisioterapisti e dai terapisti occupazionali, in modo che siano a conoscenza fin da subito delle sue possibilità di recupero, delle sue capacità residue, del suo bisogno di assistenza, degli ausili proposti, di quelli scelti e prescritti e di quelli consigliati e del suo grado di indipendenza e di autonomia. Nella fase di preparazione alla dimissione vengono convocati per preparare con l'utente e i vari operatori dell'equipe il rientro a domicilio.

Quando l'utente non può essere allenato all'indipendenza nelle attività quotidiane, è in questa fase che i familiari, o chi assisterà l'utente a domicilio, vengono addestrati alla sua assistenza dal personale del reparto (igiene e cambi di postura a letto, cateterismi, ecc.) e dai terapisti (passaggi al wc, alla vasca, utilizzo degli ausili per svolgere tali attività, ecc.).

Quando non vi sono parenti e l'utente non è in grado di gestire autonomamente tutta la sua situazione viene convocato l'assistente sociale che viene informato dal medico di reparto, dal fisioterapista e dal terapeuta occupazionale sulla situazione dell'utente: vengono date indicazioni precise sul suo grado di autonomia e sulle sue necessità, in modo che possa essere preparata un'adeguata assistenza domiciliare o, quando ciò non è possibile, l'inserimento in una struttura protetta.

3. visita domiciliare per la valutazione e la risoluzione di eventuali problemi non risolti in laboratorio

Quando gli interventi sull'accessibilità dell'ambiente sono più complessi o quando l'utente richiede un più attento controllo delle attività che svolge a domicilio (soprattutto utenti anziani che vivono da soli), oppure se gli ausili scelti richiedono una valutazione ambientale più approfondita che non quella effettuata con le piantine e le altre informazioni raccolte, il nostro servizio consiste nell'effettuare una visita domiciliare per consigliare le modalità di assistenza, gli interventi di modifica sull'ambiente, ecc. e per valutare la possibilità di contattare le competenze necessarie per un adeguato intervento.

Le visite vengono effettuate dai terapisti occupazionali in orario lavorativo: durante le visite è richiesta la presenza dei familiari (o chi per essi) e, quando le condizioni lo permettono, la presenza dell'utente.

Quando gli ausili prescritti non fanno in tempo ad essere forniti prima della dimissione, ma l'utente, temporaneamente e con un'adeguata assistenza, può fare ritorno al proprio domicilio, viene effettuata una visita domiciliare dopo la dimissione per valutare meglio la situazione con l'utente e gli ausili presenti.

Il servizio delle visite domiciliari, viene erogato solo da qualche mese, quindi è tuttora in fase di valutazione e sviluppo.

▪ **Verifica delle scelte e dei risultati: follow-up**

Questo progetto è ancora in fase di elaborazione, pertanto le modalità di controllo (modalità di procedura, elaborazione schede, ecc.) non sono ancora state ben definite.

Per ora nel progetto prevediamo la somministrazione di alcune schede nel modo seguente: vorremmo dare una scheda all'utente (o ai familiari) al momento dell'ingresso presso il nostro centro di riabilitazione. Questa scheda, di veloce compilazione (fare crocette sui quadratini appositi), raccoglie informazioni sulla situazione della persona durante l'anno precedente il ricovero: autonomia negli spostamenti, difficoltà nelle attività quotidiane, uso degli ausili, ecc. e, per valutare la possibilità di un ulteriore studio, domande sulla frequenza e sulla modalità delle cadute nell'ultimo anno. Una seconda scheda, con l'aggiunta di alcune domande sull'utilità degli ausili affidati durante il ricovero presso il nostro ente e sulla nostra consulenza, verrà consegnata all'utente al momento della dimissione ed egli dovrà riconsegnarla entro un mese (follow-up a breve distanza); un'ultima scheda, simile alla seconda, verrà consegnata ad un anno dalla dimissione dal nostro centro (follow-up a lunga distanza).

Lo scopo del progetto è quello di poter effettuare, almeno in parte, una valutazione delle procedure operative del Servizio di Terapia Occupazionale secondo le seguenti modalità:

1. verificare, sia a breve che a lunga distanza, con domande dirette all'utente la qualità del servizio erogato, prevedendo eventuali e ulteriori consulenze.
2. verificare l'idoneità delle modalità di procedura ed eventualmente intervenire per modificarle al fine di rendere il servizio più funzionale.
3. verificare la possibilità di effettuare un'indagine sui rischi di caduta. Le cadute sono la principale causa di ricovero per fratture degli utenti anziani, con tutte le conseguenze che ne derivano sulle loro abilità e sulla loro autonomia: vorremmo provare a valutare le modalità e la frequenza con cui avvengono.

Essendo questo progetto ancora in fase di elaborazione non siamo in grado di valutarne la qualità né di stabilire se le schede e la loro modalità di somministrazione siano le più idonee. Sarà tra i prossimi obiettivi del servizio analizzare ulteriormente le procedure operative e stabilire le modalità d'intervento più adatte.

Con cadenza settimanale si tengono le riunioni d'equipe dei vari reparti durante le quali viene mantenuto un costante aggiornamento sulla situazione dell'utente (progressi effettuati, complicazioni subentrate, nuovi sviluppi della situazione personale, familiare, ecc.) in modo da poter stabilire insieme i nuovi obiettivi. Considero di fondamentale importanza questi incontri in cui ogni operatore, con la sua professionalità e la sua competenza, offre agli altri preziose informazioni che unite permettono di avere una visione più completa della situazione dell'utente. Ciò rende possibile

effettuare una valutazione più corretta, e quindi impostare un programma riabilitativo più funzionale, adeguato alle esigenze, alle necessità e alle aspettative dell'utente.

Questa modalità di procedura è importante per tutti gli operatori anche perché ognuno, sulla base dell'esperienza e delle modalità operative degli altri, può ricevere buoni spunti di crescita professionale.

Mi sembra opportuno sottolineare l'importanza che ritengo abbiano i nuovi progetti: le visite domiciliari e il follow-up. E' su questi progetti infatti che si concentrerà il lavoro del nostro Servizio di Terapia Occupazionale nel prossimo futuro.

Sulla base dell'esperienza finora avuta, posso affermare che, per quanto adeguatamente attrezzato e preparato un ambiente per la terapia occupazionale non corrisponde mai all'ambiente cui l'utente farà ritorno dopo la dimissione, sia dal punto di vista architettonico e strutturale, sia soprattutto dal punto di vista del valore emotivo che il proprio ambiente di vita può avere per la persona.

Il rapporto con il proprio ambiente, le proprie abitudini di vita, anche quelle che possono sembrare le più piccole ed insignificanti, è quasi impossibile da ricostruire in laboratorio, soprattutto per quelle persone per le quali il distacco dall'ambiente domestico può significare confusione e disorientamento generando una perdita di autonomia maggiore di quella valutabile nel proprio ambiente. Ritengo quindi compito importante di un buon servizio di riabilitazione offrire l'opportunità di effettuare una visita domiciliare con l'utente presente per valutare meglio la sua reale situazione.

Dalle visite domiciliari finora effettuate ho potuto constatare che:

- L'utente al proprio domicilio presenta spesso un grado di autonomia diverso rispetto a quello che ha in reparto o nel laboratorio di terapia occupazionale, dovuto al fatto che nel proprio ambiente tende a riacquistare le proprie abitudini, giuste o rischiose che siano, conosce ogni situazione che si presenta, ha i suoi punti di riferimento, ecc.
- La descrizione dell'appartamento, corredata da una piantina sia pur dettagliata, permette un'analisi grossolana della situazione reale, senza garantire una valutazione accurata e conseguente risoluzione delle problematiche quotidiane solo apparentemente più banali.
- Facendo svolgere le varie attività all'utente nel proprio ambiente di vita (casa e dintorni) è possibile evidenziare meglio le difficoltà e le situazioni di maggiore rischio che altrimenti sarebbero sfuggite.
- Gli ausili affidati all'utente vengono provati dall'utente stesso nell'ambiente dove devono essere utilizzati, pertanto se ne può meglio constatare l'idoneità. E' importante considerare non solo gli ausili utilizzati nell'ambiente domestico, ma anche gli ausili per gli spostamenti esterni che hanno spesso notevole importanza nel reinserimento della persona nella vita sociale.

Insieme all'utente e ai familiari il terapeuta occupazionale valuta le eventuali modifiche da attuare. Queste possono essere:

- strutturali: rendere l'ambiente accessibile eliminando le barriere architettoniche, o modificando gli ostacoli presenti è il primo passo verso l'autonomia negli spostamenti. Sostituire una vasca con una doccia a pavimento, installare un montascale, spostare un mobile, eliminare tappeti, aggiungere un corrimano, ecc.: possono essere tutti interventi fondamentali per l'utente e/o chi l'assiste.
- comportamentali: viene suggerito all'utente il modo migliore per compiere le varie attività senza un dispendio eccessivo di energie e soprattutto senza rischi di cadute. E' importante valutare le abitudini dell'utente, modificando quelle che costituiscono pericolo e facilitando quelle che vuole mantenere. Le possibilità possono essere molte: preparare una rubrica con i numeri telefonici necessari da tenere a portata di mano; ordinare la spesa per telefono e farsela portare a domicilio perché non si è in grado di portare pesi o di

compiere autonomamente tragitti lunghi; spostare gli oggetti di maggior utilizzo in cucina ad altezze adeguate per non far fatica ad accedervi; ecc.

- assistenziali: quando l'utente non è in grado di gestire autonomamente la sua situazione o parte di essa, vengono nuovamente mostrate ai familiari (o assistenti) le modalità di assistenza, quando e quanto aiuto dare all'utente, viene spiegato quando e perché è pericoloso lasciarlo solo e quando invece è possibile farlo; si valuta la possibilità di richiedere all'assistenza sociale una persona che aiuti nelle varie attività.

L'accessibilità dell'ambiente e gli ausili scelti devono garantire all'utente il massimo grado di autonomia possibile.

Dopo la visita domiciliare viene riferito agli altri operatori che lavorano con l'utente quanto valutato al domicilio e le decisioni prese con l'utente.

Viene poi rilasciata all'utente o ai familiari una documentazione in cui vengono allegati:

- una dettagliata relazione sul grado di autonomia dell'utente e sulle modifiche da effettuare
- fotocopie degli ausili consigliati (e non prescrittibili) con indicazioni su dove rivolgersi e con quali modalità
- indicazioni da seguire per ottenere i contributi necessari nel caso di modifiche strutturali.

Il Servizio continua ad essere disponibile anche dopo la dimissione dell'utente: in caso di necessità (se incontra difficoltà non verificate durante le valutazioni, se gli ausili non si sono dimostrati idonei come sembravano, o se si sono verificati cambiamenti delle sue condizioni, ecc.) egli sa che può rivolgersi al nostro Servizio per una consulenza o per ricevere informazioni.

Da questa esperienza ho potuto osservare come il rientro a casa accompagnato e seguito gradualmente, toglie parte della paura che si crea al momento della dimissione e che a volte gioca un ruolo importante nelle fasi depressive e nelle lievi regressioni nel processo di recupero che si verificano nel periodo precedente la dimissione (si parla anche di "sindrome pre-dimissione" per definire l'insieme di questi sintomi).

La paura del rientro nel proprio ambiente, di non saper cosa l'aspetta, di non riuscire ad utilizzare gli ausili, può bastare da sola a mettere la persona (soprattutto anziana e sola) in condizione di difficoltà e a volte di pericolo. Tornare a casa sapendo che sono già state trovate le soluzioni adatte, avendo verificato che tali soluzioni sono idonee, avendo provato ad utilizzare gli ausili nel proprio ambiente, ecc. rassicura sia la persona che chi l'assiste.

Per alcuni ausili, come ad esempio il montascale mobile, l'utente, informato dal Servizio, viene indirizzato all'ASL con la richiesta del medico curante. L'ASL riceve la richiesta e invia a domicilio la fisioterapista dell'ADI (Assistenza Domiciliare Integrata) per valutarne l'idoneità ed insegnarne l'uso a chi assiste l'utente. I buoni rapporti con la terapeuta dell'ADI permettono un utile scambio di informazioni reciproche.

Quando le modifiche da attuare o gli ausili da affidare richiedono competenze specifiche non presenti all'interno dell'equipe riabilitativa, l'utente viene indirizzato presso le strutture che possono fornirgli le giuste informazioni e gli interventi adeguati.

Le visite domiciliari consentono una più corretta valutazione della situazione dell'utente, ed il follow-up permette di verificare l'efficacia del servizio erogato, di considerarne l'utilità e di modificare le modalità di procedura nel caso non risultassero idonee per fornire all'utente un servizio sempre più adeguato, mirato all'autonomia e quindi all'integrazione.

7. RISULTATI

In questo Servizio di Terapia Occupazionale, come descritto nel secondo capitolo, le procedure operative e gli strumenti di lavoro sono andate, negli anni, modificandosi e adattandosi alle esigenze di maggior funzionalità del Servizio stesso: solo da poco sono state introdotti alcuni strumenti per una “misurazione” più corretta.

Considerando come anno di riferimento il 1999, già preso in esame nel terzo capitolo per descrivere il bacino d’utenza del nostro Centro di Riabilitazione, è possibile riportare i dati delle tabelle seguenti:

Tipologia di prestazioni	N° di prestazioni
Totale prestazioni erogate	1024
Valutazioni (valutazione delle attività quotidiane (ADL e IADL) e degli eventuali ausili necessari a svolgerle, valutazione ortesi per la mano, somministrazione scale di valutazione, valutazione ambientale reparto di degenza, ecc.)	493
Addestramenti (all’uso di strategie alternative, all’uso di ausili, ai passaggi posturali, alla manipolazione, all’accessibilità all’uso del computer, alla mobilità, ecc.)	380
Consulenze parenti (i parenti vengono convocati presso il laboratorio per informazioni sull’addestramento all’assistenza dell’utente e all’uso degli ausili con l’utente, per la valutazione di eventuali modifiche per l’accessibilità ambientale, ecc. Solo l’8% delle consulenze è stato effettuato telefonicamente)	147
Visite domiciliari *	4

Prestazioni erogate dal Servizio di Terapia Occupazionale nel 1999

* Durante la fase di elaborazione del progetto delle visite domiciliari sono state eseguite alcune visite domiciliari con gli utenti del reparto di degenza riabilitativa

Percentuale patologie utenti che hanno frequentato maggiormente il servizio non solo per una valutazione ma anche e per un periodo di addestramento all’autonomia nelle attività quotidiane, all’uso di ausili e alle attività di manipolazione*	
Fratture femore o bacino e artrosi (soprattutto coxartrosi con interventi di protesi d’anca)	38,9%
Tetraplegie e paraplegie	20,6%
Emiplegie	20,4%
Polineuropatie (comprese le sindromi di Guillain Barrè)	6,8%
Altro (soprattutto polifratture, sindromi d’allettamento, amputazioni coscia)	13,3%

Tipologia d’utenza che ha frequentato il Servizio di Terapia Occupazionale per attività di addestramento nel 1999

* Durante il 1999 hanno frequentato il Servizio di Terapia Occupazionale per valutazioni e controlli tutti gli utenti del reparto degenza riabilitativa, 14 utenti del reparto hospital-day (3 con emiplegia, 2 con frattura femore e artroprotesi d’anca, 2 con tetraplegia, 2 con paraplegia, 2 con polineuropatia, 1 con sclerosi multipla, 1 con problemi legati all’artrosi, 1 con esiti di trauma cranico e 1 con esiti di poliomielite), 12 utenti ambulatoriali (3 con emiplegia, 3 con tetraplegia, 2 con sclerosi multipla, 2 con morbo di Parkinson, 1 con segni di rallentamento motorio e 1 con problemi legati all’artrosi) e 1 utente della Struttura Protetta (con problemi legati ad artrosi e osteoporosi grave): solo una parte di essi (a seconda delle loro necessità) ha però frequentato il servizio non solo per una valutazione ma anche per un periodo di addestramento.

Alcune schede di valutazione in grado di “misurare” il grado di autonomia degli utenti (Barthel ADL e Lawton IADL) sono state introdotte nel 1999 solo per gli utenti del reparto di degenza riabilitativa, mentre per quelli di hospital-day sono state introdotte da quest’anno.

Pertanto è possibile riportare i dati delle tabelle qui di seguito:

Scheda di valutazione ADL di Barthel* si considera il range compreso tra i seguenti valori	Percentuale di utenti all’ingresso	Percentuale di utenti alla dimissione
0-20	20,4%	17,1%
21-60	60%	20,4%
61-90	16,5%	36,9%
> 90	3,1% (di cui lo 0% ha punteggio pari a 100)	25,6% (di cui il 6% ha punteggio pari a 100)

Punteggi scala BARTHEL ADL degli utenti del reparto di degenza riabilitativa nel 1999

*Per i punteggi vedi allegato n° 1

Per quanto riguarda le Barthel ADL è possibile considerare che solamente il 3,1% degli utenti di questo reparto presentava all’ingresso un punteggio superiore a 90 e quindi aveva un grado di autosufficienza quasi completo, ma nessuno presentava un punteggio pari a 100, cioè un’ autonomia completa.

Dai punteggi alla dimissione si vede che il 25,6% degli utenti è stato dimesso con un grado di quasi autosufficienza, ma di questi solamente il 6% aveva un punteggio alla dimissione pari a 100 e quindi un’ autonomia completa.

Vista la tipologia d’utenza del reparto di degenza riabilitativa, descritta nel capitolo terzo, si può comprendere come, essendo la maggior parte dell’utenza composta da persone anziane o molto anziane, la loro dipendenza nelle attività quotidiane di base è maggiore soprattutto in attività più a rischio, quali fare il bagno e fare le scale o nella gestione degli ausili per l’incontinenza. Spesso infatti, pur risultando indipendenti in tutte le altre attività, in queste richiedono un piccolo aiuto, nonché l’utilizzo di alcuni ausili che ne garantiscano maggiormente la sicurezza.

Scheda di valutazione IADL di Lawton* la tabella fa riferimento alle funzioni perse e non ai punteggi	ingresso percentuale di utenti che presenta una perdita di funzioni corrispondente alla seguente		dimissione percentuale di utenti che presenta una perdita di funzioni corrispondente alla seguente	
	M*	F	M*	F
8 funzioni perse	#	17,4%	#	12,5%
7 funzioni perse	#	28,4%	#	14,6%
6 funzioni perse	#	14,6%	#	10,2%
5 funzioni perse	40%	23,8%	34%	19,3%
4 funzioni perse	22%	5,6%	10%	6,7%
3 funzioni perse	26%	8%	26%	17,4%
2 funzioni perse	12%	1,1%	26%	11,3%
1 funzioni perse	0%	1,1%	4%	8%
0 funzioni perse	0%	0%	0%	0%

Punteggi scala IADL di LAWTON degli utenti del reparto di degenza riabilitativa nel 1999

* Per i punteggi vedi allegato n° 2 : per i maschi con convivente le ultime tre funzioni non vengono considerate, pertanto le funzioni considerate sono 8 per gli utenti di sesso femminile e 5 per gli utenti di sesso maschile.

Nella scala di valutazione delle IADL di Lawton è possibile notare come nessuno degli utenti di questo reparto presentava all'ingresso una situazione con perdita di funzioni uguale a zero, così come alla dimissione e al rientro al proprio domicilio: ognuno era dipendente in alcune attività.

Per quanto riguarda gli utenti che hanno fatto ritorno al proprio domicilio con il minor numero di funzioni perse, queste funzioni riguardavano principalmente gli spostamenti fuori casa e, per le donne, anche la gestione completa della casa (lavori domestici più pesanti): questo dato, come le difficoltà nelle ADL, trova in parte riscontro anche nella tipologia d'utenza di questo reparto.

Durante il 1999, agli utenti, che hanno frequentato il nostro Centro di Riabilitazione secondo le convenzioni dettate dall'ex art. 26, sono stati prescritti gli ausili della tabella seguente:

Tipologia prescritto	d'ausilio	Quantità per utenti del reparto di degenza riabilitativa	Quantità per utenti di hospital-day	Quantità per utenti ambulatoriali
Carrozine		46 di cui 38 pieghevoli, 2 imbottite, 3 comode, 3 da trasporto (di cui 2 bascule)	2 pieghevoli	#
Cuscini		19, di cui 17 ad aria, 2 in silicone	2 cuscini antidecubito ad aria	#
Letti con sponde		7	#	#
Materassi antidecubito		6	#	#
Ausili per la deambulazione		19, di cui 16 deambulatori (8 con quattro ruote, cestino e freni, 6 con appoggi ascellari e 1 con appoggio a tavolino, 1 con due ruote e due puntali), 3 tripodi e 1 paio di stampelle canadesi	5, di cui 3 deambulatori con quattro ruote, freni e vassoio porta oggetti, 1 deambulatore con appoggi ascellari e 1 deambulatore con due ruote e due puntali	3, di cui 2 deambulatori con quattro ruote, freni e vassoio porta oggetti, 1 deambulatore con appoggi ascellari
Ortesi		14, di cui 6 ortesi per tibio-tarsica, 4 paia di scarpe su misura, 4 busti semirigidi.	9, di cui 2 ortesi per tibio-tarsica, 2 ortesi per la mano, 3 paia di scarpe su misura, 1 R.G.O., 2 plantari	9, di cui 2 ortesi per tibio-tarsica, 1 Minerva, 2 ortesi per la mano, 4 paia di scarpe su misura
Protesi		3, per arto inferiore	2, per arto inferiore	#
Altro		4 sollevatori, 1 montascale mobile, 5 cinture a 45°	#	1 standing

Ausili prescritti agli utenti che hanno frequentato il nostro Centro di Riabilitazione nel 1999

Per quanto riguarda gli ausili maggiormente consigliati (non presenti nel Nomenclatore Tariffario) nel 1999 agli utenti per garantire loro autonomia e sicurezza nelle attività quotidiane di base, essi sono soprattutto quelli riportati nella tabella seguente:

Tipologia d'ausilio maggiormente consigliata per le attività quotidiane di base (ADL)	
Ausili per l'alimentazione	Coltello a rotella Posate adattate (imbottite, ricurve, ausilio per sostenere le posate, ecc.) Bicchieri adattati Antiscivolo sottopiatti Altro (scodelle a bordo alto, pelapatate per sbucciare la frutta)
Ausili per l'igiene personale (sono gli ausili più consigliati, soprattutto quelli contrassegnati da un asterisco *)	Braccioli per bagno* Sedili per vasca o doccia (di vari modelli)* Tappetini antiscivolo per bagno* Rialzi per wc* Sostituzioni del bidet con doccia (o altre alternative di utilizzo bidet)* Spugne a manico lungo Sedie per doccia con route (<i>nel '99 non erano in Tariffario</i>) Altro (spugne di forma particolare, ausili per rasoi e spazzolini da denti, ecc.)
Ausili per l'abbigliamento	Sedia con braccioli Calzascarpe a manico lungo Calzaccalze Bastoni infilati abiti Altro (allacciature a velcro, lacci elastici, ecc.)

Ausili consigliati (ma non presenti nel Nomenclatore Tariffario) dal Servizio di Terapia Occupazionale agli utenti che hanno frequentato il nostro Servizio nel 1999

E' da considerare che, oltre agli ausili, molte volte viene consigliata e/o scelta dall'utente, anche l'assistenza personale, soprattutto nelle IADL e per fare il bagno, che in questi casi rappresenta spesso un aiuto fondamentale per mantenere il più a lungo possibile la propria autonomia e una buona qualità di vita.

Questi dati possono, in parte, dimostrare il contributo dato dal Servizio di Terapia Occupazionale alla valorizzazione e al miglioramento delle potenzialità degli utenti e quindi al miglioramento della loro autonomia.

Dall'esperienza lavorativa di questi anni, valutando le attuali modalità d'intervento e le procedure operative del nostro Centro di Riabilitazione, è inoltre possibile affermare che il Servizio di Terapia Occupazionale ha contribuito a far sì che il programma riabilitativo ponesse la sua attenzione sull'utente e su tutta la sua situazione, piuttosto che sulle sue difficoltà e sul solo momento riabilitativo. Ciò ha portato ad una valutazione più attenta e completa delle necessità dell'utente permettendo l'impostazione di programmi personalizzati e più corretti che richiedono la collaborazione di tutti gli operatori dell'equipe e di tutte le figure professionali che possono contribuire a favorire l'autonomia dell'utente stesso.

8. SCENARI

8.1 Giulio

In questo capitolo affronterò in breve un caso di studio in cui sono state svolte le varie procedure operative del Servizio di Terapia Occupazionale.

Il caso di cui parlerò è quello del signor Giulio M., un uomo di 74 anni che ha convissuto dall'età di due anni con un'emiparesi destra a seguito di un'encefalite letargica e da circa 10 anni è portatore d'artroprotesi d'anca bilaterale, interventi eseguiti per grave coxartrosi: a causa delle protesi presenta una lieve limitazione articolare alla flessione di entrambe le anche. E' sposato, non ha figli e vive solo con la moglie.

Giulio arriva presso la nostra struttura perché, a seguito di un evento ictale, ha riportato un'emiparesi destra e quindi necessita di un intervento riabilitativo e viene ricoverato nel reparto di degenza riabilitativa. La "nuova" emiparesi destra (non vi sono disturbi del linguaggio) ha aggravato quella che Giulio aveva fin da bambino e sia questa sia il periodo di allettamento all'ospedale durante il ricovero nella fase acuta della malattia hanno influito non poco sul suo grado di indipendenza e autonomia.

8.2 Situazione precedente al ricovero

Prima di questo episodio Giulio non era più completamente indipendente già da qualche anno. Egli infatti, soprattutto nei due anni precedenti, era dipendente dalla moglie in alcune attività : era indipendente nell'alimentazione, ma aveva bisogno di un minimo aiuto nell'attività di abbigliamento e per alzarsi e sedersi dal wc e dal bidet e richiedeva molto aiuto per fare il bagno, soprattutto per entrare ed uscire dalla vasca: la moglie da sola non era più in grado di aiutarlo e già da qualche tempo Giulio non faceva il bagno nella vasca ma si lavava come meglio poteva seduto al lavandino (la vasca che possiedono è di modello corto con sedile).

Giulio aveva inoltre riscontrato un graduale aumento delle difficoltà anche negli spostamenti sia in casa che soprattutto fuori casa: in casa si spostava a volte con un bastone o appoggiandosi ai mobili, a volte spingendosi seduto su una sedia con ruote (con freni e braccioli) che aveva acquistato e che utilizzava sia per spostarsi che per rimanere seduto a tavola, a guardare la tv, ecc.; negli spostamenti fuori casa aveva la necessità di essere accompagnato e si spostava con l'ausilio di un bastone e soprattutto sostenuto dalla moglie. Lui comunque riferisce che da un paio d'anni circa esce di casa solo quando proprio è necessario (recarsi in ospedale per esami, ecc.) e solo in auto con una nipote o chiamando un taxi: questa situazione non appare particolarmente negativa né per Giulio né per la moglie, che sembrano averla accettata senza troppi rimpianti.

Va considerato che anche la moglie comincia ad avere qualche difficoltà soprattutto da quando è stata operata per artroprotesi d'anca la seconda volta a seguito di un incidente stradale: ha dolore alla schiena e fa fatica ad aiutare il marito quando lo deve sostenere e aiutare ad alzarsi. Anche lei riferisce difficoltà ad entrare da sola nella vasca da bagno.

8.3 Situazione attuale

Al suo ingresso presso il nostro Centro di Riabilitazione, pur non presentando una plegia completa né all'arto superiore né a quello inferiore, Giulio non è in grado di deambulare, né di lavarsi (a parte mani, viso e denti al lavandino) né di vestirsi da solo, e ha difficoltà anche in alcune fasi dell'alimentazione (spezzare il pane, sbucciare la frutta, tagliare la carne, ecc.).

Il primo obiettivo che Giulio vuole raggiungere è l'autonomia nell'alimentazione e per questo gli sono affidati temporaneamente due ausili (coltello a rotella e pelapatate per sbucciare la frutta), nell'attesa di un miglior recupero funzionale della mano: anche prima Giulio non riusciva a muovere la mano destra come la sinistra, ma negli anni aveva trovato ottime strategie per compensare le sue

difficoltà, pertanto era necessario fare il possibile per recuperare queste strategie. Un altro importante obiettivo per Giulio è quello dell'autonomia negli spostamenti in reparto (e in futuro in casa): quest'obiettivo diviene prioritario anche per gli operatori che lo ritengono fondamentale per l'autonomia di Giulio.

Inizia così il percorso riabilitativo che accompagna Giulio verso il recupero della funzionalità dell'arto superiore e soprattutto della mano e della stazione eretta e poi del cammino con appoggio.

Gli ausili per l'alimentazione sono stati presto abbandonati perché Giulio ha recuperato in fretta l'autonomia in quest'attività.

Dopo la valutazione, l'ausilio che si è dimostrato più idoneo per lui, ai fini di una deambulazione autonoma, è stato un deambulatore a quattro ruote con freni e vassoio portaoggetti: quest'ausilio è sembrato a tutti (Giulio compreso) il più adatto poiché svolge bene la sua funzione, Giulio è soddisfatto ad usarlo, le sue misure sono adatte a quelle dell'appartamento di Giulio e la moglie è contenta di vedere che Giulio può di nuovo spostarsi da solo. Naturalmente perché ciò possa avvenire il deambulatore non basta, è necessario l'uso di alcuni altri accorgimenti che possano permettere a Giulio di spostarsi da solo in reparto e poi a casa: l'utilizzo di una sedia con braccioli e l'utilizzo di appoggi cui sostenersi quando si siede e si alza dal wc e dal bidet.

Quando Giulio ha imparato ad utilizzare il deambulatore sotto la guida del fisioterapista, è stato seguito nell'addestramento all'uso di tale ausilio durante le varie attività quotidiane, nonché nell'allenamento all'indipendenza nelle attività quotidiane di base dal terapeuta occupazionale.

Giulio a poco a poco recupera l'autonomia pre-ricovero e, grazie al deambulatore, aumenta il suo grado di autonomia: è ora autonomo nell'alimentazione, nell'uso del wc, nell'igiene personale quotidiana sia intima che al lavandino (compreso radersi), richiede minimo aiuto nel vestirsi (è autonomo nello svestirsi giacché ha appreso alcune strategie alternative) e richiede invece sempre molto aiuto per fare il bagno, soprattutto per i passaggi alla vasca. Per tratti molto brevi è anche in grado di spostarsi con l'ausilio di un bastone e l'aiuto della moglie senza che questo costituisca uno sforzo eccessivo per entrambi. Durante questo periodo sono stati valutati con lui un paio di ausili (calzascarpe a manico lungo e calzaccalze) perché potesse essere completamente indipendente anche nell'attività di abbigliamento, ma la scelta di Giulio, in accordo con la moglie, è stata quella di non utilizzare tali ausili, bensì di farsi aiutare dalla moglie.

8.4 Visita domiciliare

Quando il quadro di Giulio sembra avviarsi verso una stabilizzazione si comincia a pensare maggiormente al suo ritorno a domicilio e si programma così una visita domiciliare con presenti Giulio, la moglie e la nipote che di solito si presta per accompagnarli in auto quando devono uscire di casa.

Giulio e la moglie si sentono perfettamente a loro agio durante la visita: già guardando le piantine dell'appartamento e valutando insieme con loro la situazione erano state ipotizzate alcune possibili soluzioni e marito e moglie, prima della visita, avevano così potuto riflettere sul da farsi.

L'appartamento si trova in un condominio alla prima periferia della città e al cancello d'ingresso si arriva a piedi passando sul marciapiede. Al cancello non vi sono gradini, un gradino è invece presente all'ingresso dell'edificio e l'appartamento è situato al primo piano: non c'è l'ascensore, le scale sono piuttosto ampie e presentano un corrimano solo sul lato destro, salendo. Giulio, appoggiandosi al corrimano, anche se con la mano destra, e con l'assistenza della moglie è perfettamente in grado di fare le scale senza che ciò richieda un eccessivo sforzo o metta in pericolo di cadute entrambi, pertanto saliamo nell'appartamento senza grosse difficoltà. Io poi ridiscendo a prendere il deambulatore accorgendomi bene che in caso di necessità la moglie da sola farebbe troppa fatica a portare il deambulatore su e giù dalle scale e che per questo richiederebbe l'aiuto di qualcuno.

L'appartamento è abbastanza piccolo, ma adatto ad ospitare due persone; vi sono un ingresso, la cucina, la sala e un corridoio che porta al bagno e alla camera: la cucina e il bagno hanno forme piuttosto irregolari e sembrano essere stati ricavati da spazi già esistenti.

Iniziano le prime osservazioni: Giulio "prende in mano la situazione" appoggiandosi al deambulatore e cominciando a valutare come riesce a spostarsi nell'appartamento mentre la moglie

cerca di adattare l'ambiente al suo passaggio (spostando una cassettera, togliendo un tappeto, ecc.); io osservo quanto avviene verificando che Giulio si possa muovere in tutta sicurezza.

La prima cosa che noto è che Giulio in casa sua si muove con un'abilità di cui non ritenevo fosse capace vedendolo nei grandi spazi del nostro Centro di Riabilitazione: ha i suoi punti di riferimento e trova con sicurezza i punti d'appoggio necessari quando deve arrivare nei luoghi più stretti dove il deambulatore non può passare.

Guardando la piantina e valutando la misura del deambulatore avevo pensato di far spostare il letto perché lui vi potesse accedere più facilmente usando quest'ausilio, ma vedendolo negli spostamenti all'interno della sua camera non ho più ritenuto necessaria tale modifica.

Giulio si muove bene, riesce ad accedere a tutte le stanze e il vassoio sul deambulatore gli permette di trasportare piccoli oggetti da una stanza all'altra, può riscaldare un pasto o preparare il caffè e servirlo al tavolo (da qualche tempo, infatti, poteva scaldare un pasto o preparare il caffè, ma doveva attendere che la moglie lo servisse a tavola).

In bagno però Giulio presenta qualche difficoltà: non riesce ad alzarsi da solo dal wc, per alzarsi dal bidet con fatica (e un minimo aiuto della moglie) si appoggia alla vasca di fronte e al lavabo di fianco e non riesce ad entrare nella vasca neanche aiutato dalla moglie (Giulio non vuole l'aiuto di altre persone). Inoltre il deambulatore nel bagno passa a misura perché la vasca ne ostacola in parte il passaggio e Giulio, pur riuscendo, fa fatica ad accedere al bidet. Senza deambulatore Giulio ha difficoltà ad accedere al bagno, perché non è possibile che possa farlo in modo sicuro solo appoggiandosi ai sanitari e ai mobili (lavabo, lavatrice, ecc.).

Con Giulio e la moglie, come avevamo già ipotizzato, notiamo che la soluzione migliore per fare il bagno è, per entrambi, la sostituzione della vasca tuttora presente con una doccia a pavimento: l'uso di maniglioni applicati al muro, di una sedia da doccia regolabile in altezza e di un tappetino antiscivolo completerebbero la soluzione rendendola idonea sia a Giulio che alla moglie (per evitare che l'acqua della doccia bagni tutto l'ambiente si è poi pensato all'uso di una tenda da doccia). Eliminando la vasca Giulio non avrebbe più uno degli appoggi a lui necessari per alzarsi dal bidet, pertanto è necessaria l'applicazione di un maniglione vicino al bidet. Per il wc l'unico appoggio disponibile per lui è il lavabo di fronte, ma poiché non è sufficientemente vicino scegliamo di mettere un maniglione al muro vicino al wc e uno ribaltabile dall'altro lato (si valuta anche la possibilità di rialzare il wc ed il bidet, ma i maniglioni sono sufficienti per Giulio, inoltre sua moglie non è molto alta e questo la metterebbe in difficoltà).

Sia Giulio che la moglie sono soddisfatti delle soluzioni trovate perché le ritengono importanti per la loro autonomia, così la moglie contatta subito telefonicamente un amico di famiglia che si occupa di questo tipo di servizi, perché il giorno successivo possa venire per un preventivo sui lavori.

Sembra che siano stati risolti i vari problemi, tuttavia, mentre mi siedo con loro per un caffè e per rifinire gli ultimi dettagli prima di rientrare, la conversazione si fa "più aperta" e la moglie mi riferisce che, fino a due anni fa Giulio era solito andare al bar due o tre volte la settimana per giocare a carte con gli amici, ma che ora non ci andava più perché il bar era situato a circa mezzo chilometro da casa: lui non riusciva a percorrere una così lunga distanza a piedi e anche per la moglie era uno sforzo eccessivo accompagnarlo (sul viale da percorrere non c'erano possibilità di sosta, come ad esempio delle panchine). Anche andare insieme alla funzione in Chiesa la domenica non era per loro possibile perché la Chiesa era situata più o meno alla stessa distanza del bar, ma dalla parte opposta. Alcune volte la nipote veniva a prenderli per portarli dove desideravano con l'auto, altre volte prendevano un taxi, ma non era possibile farlo con la regolarità con la quale avrebbero voluto.

Mentre seguiamo Giulio nel suo percorso riabilitativo avevamo pensato solo al suo rientro a casa senza considerare che potesse anche uscire perché lui aveva riferito che non lo faceva più da tempo e sembrava non essere dispiaciuto per questo: non abbiamo pensato a porre maggiore attenzione al perché non uscisse più.

Mi accorgo durante questa visita dell'errore di valutazione che è stato fatto ma vedo anche che c'è ancora tempo per trovare una soluzione: così, con Giulio e la moglie, consideriamo la possibilità che Giulio possa usufruire di una carrozzina (spinta dalla moglie) quando esce di casa. La carrozzina è però ancora più pesante del deambulatore e non è possibile pensare che la moglie possa trasportarla per le scale quando devono uscire, pertanto una soluzione sembra quella di lasciare la carrozzina (pieghevole) nel sottoscala pronta per essere utilizzata durante le uscite (visto che in casa non è necessaria).

Anche questa soluzione (i condomini non hanno posto problemi a riguardo) ha soddisfatto sia Giulio che la moglie (Giulio è in grado di utilizzare la carrozzina da solo in ambiente interno privo di barriere architettoniche, ma richiede assistenza per i lunghi tragitti). Ora possono essere autonomi sia in casa che nei piccoli spostamenti fuori casa.

Dopo la visita rientriamo al Centro di Riabilitazione dove posso riferire agli altri operatori dell'equipe quanto è stato osservato e deciso con l'utente durante la visita. Giulio rimarrà da noi per altre due settimane per completare il ciclo di riabilitazione. Nel frattempo a casa sono eseguiti i lavori necessari.

Al suo ritorno a domicilio Giulio trova l'appartamento adattato alle sue necessità e ha con sé il deambulatore che gli è stato precedentemente prescritto. La carrozzina arriverà qualche settimana più tardi.

8.5 Risultati

Nella tabella di seguito sono riportati i punteggi delle scale di valutazione dell'autonomia somministrate a Giulio dal Servizio di Terapia Occupazionale all'ingresso e alla dimissione dal nostro Centro di Riabilitazione:

Scale di Valutazione	Ingresso	Dimissione
Barthel ADL	46	82
Lawton IADL	Funzioni perse	Funzioni perse
Physical Performance Test	6	9
Tinetti Balance and Gait Scale	2	16

Punteggi delle scale di valutazione somministrate dal Servizio di Terapia Occupazionale a Giulio

Esaminando le spese sostenute a carico dell'utente, poiché il deambulatore e la carrozzina sono prescrivibili in Nomenclatore Tariffario, esse riguardano solo le modifiche per l'accessibilità del bagno.

La tabella di seguito riporta i dati sulle spese:

Ausili prescritti e consigliati	Spese a carico dell'utente	Spese a carico dell'ASL
Carrozzina pieghevole standard	0	840.900 Lire
Deambulatore a quattro ruote con freni e vassoio portaoggetti	0	422.450 Lire
Adattamento bagno	Non definite	#

Ausili consigliati a Giulio durante il ricovero presso il nostro Centro

L'addestramento all'uso della carrozzina e del deambulatore sono stati eseguiti dagli operatori del nostro Centro di Riabilitazione durante il ricovero di Giulio. La manutenzione di questi ausili è in grado di eseguirla Giulio stesso (con l'aiuto della moglie) in quanto ha come hobby quello di eseguire piccole riparazioni in casa ed ha esperienza in questo tipo di lavori meccanici (per eventuali riparazioni più complesse può usufruire dell'aiuto di un nipote).

Non sono in grado di quantificare le spese per l'adattamento del bagno, né i contributi di cui Giulio può aver usufruito per le modifiche e di cui è stato informato durante la visita domiciliare, in quanto questi interventi sono stati effettuati da un amico di famiglia.

Non va però trascurato, anche se difficile da stabilire in modo preciso, il valore dell'assistenza personale fornita a Giulio dalla moglie e, saltuariamente, dalla nipote.

Per **assistenza personale** si intendono tutti gli interventi di assistenza compiuti da familiari, amici, volontari e/o operatori retribuiti affinché la persona possa svolgere quelle attività che altrimenti, senza assistenza, non potrebbe compiere (Andrich, 1996: pag. 16).

Giulio necessita di assistenza in vari momenti della giornata e il tipo di assistenza necessaria cambia in modalità, tempi, frequenza e livelli secondo l'attività che deve svolgere.

Per valutare più correttamente il costo dell'assistenza fornita a Giulio, è bene distinguere *tre livelli di assistenza* (Andrich e Moi, 1997: pagg. 56-58):

- **livello A**
Assistenza fornibile da qualsiasi persona, pertanto non richiede capacità particolari o specifiche.
Essa può essere paragonabile a quella fornita da personale inquadrato al 2° e al 3° livello funzionale (costo medio 25.000 Lire/ora)
- **livello B**
Assistenza fornibile da persona non necessariamente specializzata, ma addestrata o con caratteristiche particolari (es. la forza).
Essa può essere paragonabile a quella fornita da personale inquadrato dal 4° al 6° livello funzionale (costo medio 30.000 Lire/ora)
- **livello C**
Assistenza fornibile da persona professionalmente qualificata in materia (infermiere, terapeuta, tecnico informatico, ecc.).
Essa è paragonabile all'assistenza fornita da personale inquadrato al 7° livello funzionale o superiore (costo medio 35.000 Lire/ora)

Nel caso di Giulio si ha:

- **Livello A** : assistenza fornita dalla moglie nelle varie attività quotidiane
- **Livello B** : assistenza fornita dalla nipote per gli spostamenti fuori casa dove è necessario l'uso di un mezzo di trasporto come l'automobile

Identificati i livelli di assistenza, è necessario quantificare i tempi di assistenza, perciò, per ogni livello di assistenza di cui Giulio usufruisce, bisogna specificare alcuni parametri (Andrich e Moi, 1997: pag.57)

- **Frequenza**
il numero di volte (azioni) in cui è utilizzata in un mese l'assistenza corrispondente
- **Durata**
il tempo di assistenza richiesto per ogni azione
- **Tempo di viaggio**
eventuale tempo necessario per un assistente esterno per raggiungere il luogo di lavoro e rientrare in sede dopo la prestazione d'assistenza

Definiti questi fattori, è possibile provare a quantificare i tempi ed i livelli di assistenza necessari a Giulio durante la giornata e definire così una cifra ipotetica del loro valore.

Quest'assistenza è fornita dalla moglie e, in piccole quantità, dalla nipote, pertanto i costi ad essa attribuibili sono "virtuali", poiché non corrispondono ad una reale spesa monetaria. Tuttavia, anche queste risorse hanno un valore definito come costo sociale.

A questo proposito è opportuno fare una distinzione tra i seguenti termini (Andrich e Moi, 1997):

- **costo sociale** (o reale): è un concetto economico e non finanziario, poiché esprime una misura del valore di tutte le risorse utilizzate dall'insieme di "attori" coinvolti in un programma individuale di adozione e utilizzo di ausili (famiglia, amministrazione comunale, ASL, ecc.), attribuendo un valore economico anche a quelle risorse sprovviste di un esplicito valore di mercato.
- **costo finanziario** (o **spesa**): somma degli esborsi monetari fisicamente sostenuti dall'insieme di "attori" coinvolti in un programma individuale di adozione e utilizzo di ausili (famiglia, amministrazione comunale, ASL, ecc.)

Naturalmente il dato che acquista un reale interesse economico è il costo sociale: ad esso, infatti, ci si riferisce quando si parla di efficienza, perché valorizza qualsiasi tipo di risorsa impiegata in un programma, pertanto è un indicatore dello "sforzo" necessario per raggiungere i risultati (ad esempio, l'assistenza familiare non implica solitamente un esborso monetario, quindi finanziariamente non costituisce nessuna spesa, tuttavia essa è una risorsa utilizzata per raggiungere gli obiettivi prefissati, pertanto economicamente ha un valore da considerare e cioè un costo sociale).

Nel caso in esame, i tempi ed i livelli di assistenza, di cui Giulio necessita, sono modificati dopo l'intervento effettuato presso il nostro Servizio di Riabilitazione rispetto a quelli di cui aveva bisogno prima del ricovero, pertanto è possibile paragonare l'assistenza necessaria prima del ricovero a quella necessaria dopo il nostro intervento.

La tabella qui sotto riporta alcuni dati che permettono di calcolare il costo sociale dell'assistenza fornita a Giulio:

Attività in cui Giulio necessita di assistenza prima e dopo il ricovero presso la nostra struttura	Assistenza livello A pre-ricovero	Assistenza livello B pre-ricovero	Assistenza livello A post-dimissione	Assistenza livello B post-dimissione
Abbigliamento	Frequenza 60v/mes Durata 20 min T.di viaggio #	#	Frequenza 60v/mes Durata 10 min T.di viaggio #	#
Igiene (bagno)	Frequenza 12v/mes Durata 60 min T.di viaggio #	#	Frequenza 12v/mes Durata 30 min T.di viaggio #	#
Uso wc e bidet	Frequenza 210v/mes Durata 5 min T.di viaggio #	#	#	#
Pasti	Frequenza 90v/mes Durata 30 min T.di viaggio #	#	Frequenza 60v/mes Durata 30 min T.di viaggio #	#
Spostamenti fuori casa:				
Bar	#	Frequenza 10v/mes Durata 20min T.di viaggio 60min	Frequenza 10v/mes Durata 120min T.di viaggio #	#
Chiesa	#	Frequenza 4v/mes Durata 120min T.di viaggio 60min	Frequenza 4v/mes Durata 60min T.di viaggio #	#
Altro	Frequenza 2v/mes Durata 120min T.di viaggio #	Frequenza 2v/mes Durata 120min T.di viaggio 60min	Frequenza 5v/mes Durata 60min T.di viaggio #	Frequenza 0,5v/mes Durata 120min T.di viaggio 60min
COSTI MENSILI	2.483.300	1.875.000	940.000	45.000

Costo sociale dell'assistenza fornita a Giulio prima e dopo il ricovero presso il nostro Servizio

Prima del nostro intervento riabilitativo, Giulio usciva di casa con l'aiuto della nipote (assistenza di livello B) solo ogni tanto. Se prima del ricovero fosse uscito con la frequenza post-dimissione (frequenza da lui desiderata), i risultati sarebbero stati quelli della tabella.

Per quanto riguarda i pasti, Giulio dopo la dimissione era in grado di scaldarsi i cibi da solo e servirseli e la colazione la preparava da solo come era solito fare gli anni addietro.

8.6 Conclusioni

L'aver effettuato la visita domiciliare con Giulio e la moglie ha permesso di valutare meglio la sua situazione e di prendere in considerazione anche la soluzione di problematiche che non erano state prese in considerazione negli obiettivi dell'intervento riabilitativo.

Questa visita, oltre che utile a Giulio, è stata per me e per i miei colleghi un'ottima fonte di crescita professionale, perché ci ha spinto ad una valutazione più accurata della situazione degli utenti, non trascurando anche i particolari che possono sembrare (a noi) poco importanti e quindi sfuggire alla nostra attenzione.

In seguito avrei voluto seguire maggiormente lo sviluppo della situazione di Giulio, magari effettuando un follow-up a distanza, ma ancora questo progetto non è attivo presso la nostra struttura.

Tuttavia, qualche mese dopo, Giulio torna al nostro Centro perché presenta una sindrome d'allettamento dovuta ad un prolungato ricovero per il verificarsi di alcune complicanze seguite ad un intervento chirurgico. Questo "follow-up involontario" ci permette di constatare che le soluzioni trovate sono effettivamente idonee e che lui e la moglie ne sono ancora soddisfatti. Dopo un breve ciclo di riabilitazione Giulio ritorna a casa senza avere bisogno di ulteriori interventi riguardo agli ausili e all'accessibilità dell'appartamento.

Il fatto che Giulio sia venuto nella nostra struttura una seconda volta e ci abbia permesso così di verificare le soluzioni scelte con lui, ha influito notevolmente sulla nostra volontà di eseguire il follow-up sugli interventi che il Servizio effettua e per questo stiamo ora elaborando un progetto in proposito (vedi capitolo 6.4).

9. PIANO ECONOMICO

Realizzare un servizio di terapia occupazionale (come ogni altro servizio), oltre alla formazione degli operatori, all'adattamento dei locali e al reperimento del materiale e delle attrezzature, all'elaborazione di procedure operative e di strumenti di lavoro specifici, richiede anche la definizione di un budget che possa stabilire i costi/ricavi annui del servizio stesso.

Per fare questo sono necessari strumenti specifici che permettano una valutazione delle risorse utilizzate (personale, attrezzature, locali, ecc.) e delle prestazioni riabilitative erogate.

Per determinare il costo annuo del nostro Servizio di Terapia Occupazionale si devono definire alcuni parametri che permettono di quantificare i vari costi del Servizio.

E' necessario innanzitutto fare una distinzione tra :

- **Costi diretti:** costi delle risorse il cui utilizzo è direttamente attribuibile al servizio in esame
- **Costi indiretti:** costi associabili direttamente all'attività dell'ente nel suo complesso e ripartiti sui singoli servizi (come il Servizio di Terapia Occupazionale) in base all'incidenza che essi hanno sui costi totali dell'ente

Nel nostro Servizio di Terapia Occupazionale, i costi diretti sono rappresentati da:

- **Personale addetto al servizio** (stipendi, aggiornamento, ecc.).
Attualmente vi lavorano tre fisioterapiste al 41,6% del tempo.
- **Attrezzature, ausili e materiale informativo** (acquisto, manutenzione, ecc.)
Le attrezzature del Servizio sono state descritte nel capitolo 6.3
- **Materiale economale e di consumo**
- **Rimborso spese visite domiciliari**

I costi indiretti sono invece rappresentati da:

- **Utilizzo dei locali attrezzati** (manutenzione, riscaldamento, pulizie, acqua, ecc.).
Il Servizio di Terapia Occupazionale occupa un area di circa 70mq. I locali, descritti nel capitolo 6.3, ed alcune attrezzature del Servizio sono utilizzate per alcune ore al giorno anche da un altro servizio della struttura.
- **servizi comuni e amministrativi.**
Il numero di prestazioni medie giornaliere è stato calcolato in 7 prestazioni, indipendentemente dal tipo di prestazioni erogate.

Nella tabella sottostante è riportato il costo annuo del nostro Servizio di Terapia Occupazionale allo stato attuale:

COSTI DIRETTI		costo in lire	perc.
Stipendi (assegni, salario accessorio, oneri riflessi)	3 Fisiot. al 41,6%	60.275.904	78,88%
Aggiornamento (corsi, convegni, testi)	2 gg corso	2.000.000	2,61%
Attrezzature ed ausili		1.000.000	1,31%
Materiale economale e di consumo		800.000	1,04%
Banca dati SIVA	CD	1.800.000	2,36%
Rimborso spese visite domiciliari	2 al mese	240.000	0,31%
TOTALE COSTI DIRETTI		66.115.904	86,51%

COSTI INDIRETTI			
Utilizzo locali attrezzati (70 mq circa)	incid. 0,17%	7.600.000	9,94%
(immobile + attrezzature + manutenzione ordinaria e straordinaria + riscaldamento + luce + acqua + telefono + Pulizia)			
Servizi comuni a amministrativi (7 prestaz. giorn.)	incid. 0,11%	2.700.000	3,55%
TOTALE COSTI INDIRETTI		10.300.000	13,49%
TOTALE COSTI		76.415.904	100,00%

Costo annuo del Servizio di Terapia Occupazionale

Come era possibile intuire e come è evidente dalla tabella, il maggior costo è rappresentato dal personale addetto al Servizio, mentre attrezzature e consumi coprono solo una piccola percentuale dei costi.

Per quanto riguarda gli ausili, è utile fare una considerazione: essi non hanno una grande incidenza sui costi totali del Servizio, tuttavia è possibile diminuire ulteriormente tale incidenza, come ho già detto nel capitolo 6.3.2, valutando le possibili alternative all'acquisto degli ausili stessi. Parte degli ausili sono infatti stati regalati al nostro Servizio.

Per definire correttamente ed in modo completo il piano economico di un servizio, come il nostro Servizio di Terapia Occupazionale, sarebbe però necessario considerare non solo i costi, cioè le uscite, date dall'utilizzo delle risorse, ma anche i ricavi, cioè le entrate, date dalle prestazioni erogate dal servizio.

Tuttavia, presso la nostra struttura non è ancora utilizzato uno strumento idoneo alla raccolta dei dati necessari per stabilire i ricavi del Servizio definendo il valore di ogni singola prestazione erogata, pertanto non è possibile riportare alcuna informazione.

10. STRUMENTI DI LAVORO

Nell'attuazione di un servizio di terapia occupazionale ogni fase richiede naturalmente l'elaborazione di strumenti di valutazione e verifica. Come descritto nel secondo capitolo, nel corso degli anni, gli strumenti che abbiamo utilizzato sono stati più volte riconsiderati e adattati secondo le esigenze del servizio: sono state aggiunte nuove schede di valutazione e altre sono state modificate; sono state individuate schede da utilizzare solo con gli utenti del reparto di degenza riabilitativa e altre da utilizzare anche con gli utenti in regime di hospital-day e ambulatoriale.

Gli strumenti che vengono utilizzati attualmente nelle valutazioni sono:

- **Scheda di valutazione ADL di Barthel modificata** (vedi allegato numero 1)
- **Scheda di valutazione IADL di Lawton** (vedi allegato numero 2)
- **Physical Performance Test**
- **Tinetti Balance And Gait Scale**
- **Scheda dettagliata di valutazione dell'autonomia nelle ADL e IADL**
E' una scheda di valutazione da noi realizzata che riporta in modo più dettagliato le attività quotidiane (suddividendo le varie attività in singole azioni) e valutando i vari tipi di prensione. Su questa scheda vengono anche raccolti i dati personali dell'utente, la diagnosi, l'anamnesi e tutte le informazioni riguardanti la sua situazione ambientale (locali, barriere architettoniche, presenza di familiari o assistenti, ecc.), informazioni su eventuali altri ricoveri, su eventuali ausili che gli sono già stati consigliati o prescritti e tutto quanto è possibile raccogliere dai colloqui con l'utente.
- **Scheda di valutazione dell'accessibilità del domicilio**
Su questa scheda, che viene consegnata ai familiari (o chi per essi) all'ingresso dell'utente presso il nostro Centro, si richiede la descrizione dei locali dell'abitazione dell'utente: la scheda presenta domande precise alle quali rispondere segnando con una crocetta l'apposito casella; viene richiesto ai familiari di compilare anche i dati sulle principali misure dei locali, delle porte, ecc. e di allegare alla scheda una piantina della casa (e soprattutto del bagno) dove sono riportate le misure e la disposizione dei mobili e dei sanitari. Tale scheda deve essere riconsegnata entro pochi giorni dall'ingresso dell'utente, in modo che sia possibile avere più chiara fin da subito la situazione domiciliare che aspetta l'utente alla sua dimissione.
- **Scheda illustrativa delle le varie attività quotidiane**
Alimentazione, igiene personale, abbigliamento, trasferimenti al letto, alla carrozzina e al wc, spostamenti, e gli ausili utilizzati per queste attività: questa scheda viene compilata colorando alcuni disegni con tre colori a seconda del grado di autonomia dell'utente e viene applicata al letto dell'utente in modo che anche gli altri operatori del reparto siano a conoscenza di quali attività l'utente può svolgere da solo e come le può svolgere e quando invece richiede la loro assistenza.
- **Scheda di valutazione per il follow-up** (progetto ancora in fase di elaborazione)
Sono state ipotizzate tre schede, di veloce compilazione, che vengono consegnate all'utente in tre momenti diversi: una all'ingresso, da compilare e riconsegnare entro pochi giorni, una alla dimissione, da riconsegnare entro un mese (follow-up a breve distanza), e una ad un anno dalla dimissione, da riconsegnare entro un mese dalla data di ricevimento (follow-up a lunga distanza).

11. CONCLUSIONI

Nel corso degli anni, dal 1995 ad oggi, il nostro Servizio di Terapia Occupazionale ha subito vari cambiamenti, sia dal punto di vista strutturale che da quello delle modalità di procedura.

Ai fini di una più corretta valutazione del servizio va infatti considerato (come ho detto nel secondo capitolo) che i locali ed il materiale che lo costituiscono ed i protocolli di lavoro che lo caratterizzano non sono stati a nostra disposizione fin da subito; inoltre, pur avendo seguito corsi e tirocini, all'inizio la competenza degli operatori era limitata a pochi interventi.

La mancanza dei supporti necessari e l'inesperienza degli operatori hanno giocato un ruolo importante nel far sì che inizialmente il Servizio mirasse quasi esclusivamente al recupero funzionale e all'indipendenza piuttosto che a lavorare in modo coordinato con gli altri operatori puntando così all'autonomia dell'utente, e che focalizzasse l'attenzione più sul momento riabilitativo invece che sul ritorno dell'utente al domicilio.

Nel corso degli anni, il formarsi dell'esperienza degli operatori, la volontà di tenersi aggiornati e di dare un'impronta più corretta alle attività, l'incremento dell'importanza del lavoro d'equipe e lo sviluppo che ha avuto negli ultimi anni la terapia occupazionale, hanno fatto sì che questo Servizio continuasse a crescere. Ciò ha contribuito a renderlo sempre più funzionale, sia dal punto di vista della competenza (possibilità di frequentare corsi, abbonamento alla banca dati del S.I.V.A., ecc.), che della struttura (adattamento dei locali e reperimento dei materiali), e a renderlo sempre più indispensabile all'interno del programma riabilitativo.

Oggi credo che possiamo affermare di offrire un buon servizio divenuto parte integrante di un programma riabilitativo che mira all'autonomia della persona valutando attentamente i vari aspetti della sua situazione: tuttavia le modalità di procedura vanno ulteriormente migliorate e necessitano sempre di nuovi sviluppi che ne contribuiscano alla crescita.

Lavorando presso questo Servizio, ho potuto constatarne l'importanza ai fini di un più adeguato intervento riabilitativo che miri innanzitutto all'autonomia della persona disabile e anziana; ho potuto verificare quanto sia fondamentale il poter gestire autonomamente la propria vita e le possibilità che le nuove tecnologie mettono a disposizione di chi non è altrimenti in grado di farlo; ho verificato come spesso non sia l'indipendenza il vero obiettivo dell'utente, ma la possibilità di avere ancora una vita familiare e sociale alla quale partecipare; ho potuto accorgermi di quanti errori e sprechi possono derivare dalla mancanza di una corretta valutazione della situazione dell'utente; di quanta complessità vi sia nel realizzare un intervento adeguato che tenga conto dei vari fattori e come ciò coinvolga varie figure professionali; ho valutato l'importanza di verificare ogni dettaglio con l'utente (o con chi utilizza l'ausilio o qualsiasi altra soluzione), l'importanza di considerare non solo la competenza dell'ausilio, ma anche la contestualità e la consonanza e quanto sia necessario l'intervento coordinato di più competenze presenti nell'equipe, ma anche al di fuori di essa, per realizzare tutto questo.

Durante questi anni ho potuto anche accorgermi soprattutto della mancanza di informazione che c'è sulle tecnologie d'ausilio. Molte sono infatti le persone (in particolare le persone anziane e sole) che non hanno nessuna informazione in proposito. Non parlo certo di informazioni tecniche su come funziona un ausilio o sulle sue qualità, questo è già il passo successivo. Mi riferisco invece al fatto che molte persone vivono difficoltà quotidiane per la perdita di autonomia che potrebbero essere risolte con un adeguato intervento, ma che vengono mantenute tali perché nessuno le informa delle possibili soluzioni o dice loro che ci sono delle possibilità per migliorare la situazione. A volte qualche informazione arriva qua e là, da un amico, da un vicino, dai media, ma spesso si tratta di informazioni incomplete e nel momento in cui la persona cerca di ottenere maggiori chiarimenti spesso trova degli ostacoli che gli rendono difficile se non impossibile l'impresa: mancanza di servizi o, forse peggio, mancanza di coordinazione, competenza, accessibilità ed efficienza dei servizi esistenti.

E' fondamentale creare servizi adeguati e funzionali ed è altrettanto fondamentale però un rapporto di collaborazione e coordinazione tra i vari servizi, che risultino in tal modo utili all'utente che ne fa richiesta per non confonderlo ulteriormente scoraggiando le sue iniziative di autonomia.

Un progetto con queste caratteristiche è in fase di programmazione anche sul territorio di Bergamo. Collaborano al progetto, oltre al nostro Servizio di Riabilitazione, il Servizio di Riabilitazione degli Ospedali Riuniti di Bergamo, ed il Servizio Domiciliare dell'ASL di Bergamo. Si tratta di un progetto che ha lo scopo di trovare delle linee di intervento comuni, dei protocolli di lavoro e degli strumenti di valutazione degli ausili e dell'accessibilità che possano essere utilizzati secondo le stesse modalità. In

questo modo viene fornita all'utente una soluzione di continuità tra i vari servizi di cui può usufruire, garantendogli le informazioni necessarie ed un servizio più funzionale e competente, senza farlo procedere da una struttura all'altra rischiando di perdersi tra trafilie burocratiche spesso inutili e ripetitive.

Tale progetto è tuttora in fase di elaborazione, pertanto non ho la possibilità di descriverlo più dettagliatamente, ma la sua realizzazione sarà uno degli obiettivi che questi servizi dovranno raggiungere nei prossimi mesi.

BIBLIOGRAFIA

Andrich R: *Consigliare gli Ausili*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1996

Andrich R: *Ausili per l'autonomia*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1988

Andrich R, Porqueddu B: *Educazione all'autonomia: esperienze, strumenti, proposte metodologiche*. Europa Medicophysica vol.26 n.3/1990. Torino: Minerva Medica,1990.

Andrich R., M. Moi: *Quanto costano gli ausili?*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1998

Consorzio Eustat: *Tecnologie per l'autonomia. Linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea SIVA, 1999

Consorzio Eustat: *Pronti... Via! Come scegliere l'ausilio giusto per la propria autonomia*. Milano: Commissione Europea SIVA, 1999

European Commission: *Workplan for the tide programme*. Bruxelles 1995

European Commission (DeWitte L, Knops H, Pyfers L, Johnson J, Andrich R, Parker M, Forsberg S eds): *European service delivery systems in rehabilitation technology*. Hoensbroek: IRV, 1994.

Redaelli T, Valsecchi L: *Terapia Occupazionale: metodologie riabilitative e ausili*. Milano: Solei Press, 1996

Mainini ML, Ferrari A, Zini MT: *La nascita: relazione madre, padre, bambino*. Atti della Conferenza USL sui Servizi Materni Infantili. Parma: USL 4, 1982

ALLEGATO 1

INDICE DI BARTHEL MODIFICATO (ADL : activities of daily living)

ITEMS	1	2	3	4	5	INGRESSO	DIMISSIONE
IGIENE PERSONALE	0	1	3	4	5	.....	.....
FARE IL BAGNO	0	1	3	4	5	.....	.....
MANGIARE	0	2	5	8	10	.....	.....
USARE IL WC	0	2	5	8	10	.....	.....
FARE LE SCALE	0	2	5	8	10	.....	.....
VESTIRSI	0	2	5	8	10	.....	.....
CONTROLLO URINE	0	2	5	8	10	.....	.....
CONTROLLO ALVO	0	2	5	8	10	.....	.....
CAMMINARE	0	3	8	12	15	.....	.....
CARROZZINA *	0	1	3	4	5	.....	.....
TRASFERIMENTI	0	3	8	12	15	.....	.....
<hr/>							
RANGE	0 ----- 100 =					.....	.....

* compilare solo se incapace di camminare

CODICE

- 1 = incapace a compiere l'azione**
- 2 = tentativi di compiere l'azione, ma non affidabili**
- 3 = richiede aiuto moderato**
- 4 = richiede aiuto minimo**
- 5 = completamente indipendente**

PUNTEGGI DELL'INDICE DI BARTHEL

0 – 20 totalmente dipendente
21 – 60 dipendenza severa
61 – 90 dipendenza moderata

ALLEGATO 2

INDICE DI LAWTON

(IADL : instrumental activities of daily living)

	Ingr	Dim
1) CAPACITA' DI USARE IL TELEFONO		
3__3. Usa il telefono di propria iniziativa, stacca il microfono e compone il numero, ecc.	0	0
2__2. Compone solo alcuni numeri ben conosciuti.	0	0
1__1. Risponde al telefono ma non è capace di comporre il numero.	0	0
0__0. Non è capace di usare il telefono.	1	1
2) FARE ACQUISTI		
3__3. Fa tutte le proprie spese senza aiuto.	0	0
2__2. Fa piccoli acquisti senza aiuto.	1	1
1__1. Ha bisogno di essere accompagnato quando deve acquistare qualcosa.	1	1
0__0. Completamente incapace di fare acquisti.	1	1
3) MEZZI DI TRASPORTO		
4__4. Si sposta da solo con mezzi pubblici o guida l'auto.	0	0
3__3. Si sposta in taxi ma non usa i mezzi di trasporto pubblici.	0	0
2__2. Usa i mezzi pubblici se assistito o accompagnato.	0	0
1__1. Può spostarsi soltanto con taxi o auto e con l'assistenza di altri.	1	1
0__0. Non si sposta per niente.	1	1
4) RESPONSABILITA' NELL'USO DEI MEDICINALI		
2__2. Prende le medicine che gli sono state affidate, in dosi e tempi giusti.	0	0
1__1. Prende le medicine se sono preparate in anticipo ed in dosi separate.	1	1
0__0. Non è in grado di prendere le medicine da solo.	1	1
5) CAPACITA' DI MANEGGIARE IL DENARO		
2__2. Maneggia il denaro in modo indipendente(amministra i propri introiti, pensione, ecc.)	0	0
1__1. E' in grado di fare piccoli acquisti, ma non quelli importanti.	0	0
0__0. E' incapace di maneggiare i soldi.	1	1

___/14 PUNTEGGIO TOTALE INGR	N° FUNZIONI PERSE INGR ___/5
___/14 PUNTEGGIO TOTALE DIM	N° FUNZIONI PERSE DIM ___/5

◆ Ai maschi che hanno un convivente, le domande 6 – 7 – 8 non vanno poste.

6) PREPARAZIONE DEL CIBO		
3__3. Organizza, prepara e serve senza bisogno di aiuto pasti adeguatamente preparati.	0	0
2__2. Prepara pasti adeguati se sono forniti gli ingredienti.	1	1
1__1. Scalda e serve pasti preparati oppure prepara cibi ma non mantiene una dieta adeguata.	1	1
0__0. Ha bisogno di avere cibi preparati e serviti.	1	1
7) GOVERNO DELLA CASA		
3__3. Mantiene la casa da solo o con occasionale assistenza (per es. aiuto per i lavori pesanti).	0	0
2__2. Esegue i compiti quotidiani leggeri, ma non mantiene un accettabile livello di pulizia.	0	0
1__1. Ha bisogno di aiuto in ogni operazione di mantenimento della casa.	0	0
0__0. Non partecipa a nessuna operazione di governo della casa.	1	1
8) BIANCHERIA		
2__2. Fa il bucato personale completamente.	0	0
1__1. Lava le piccole cose (sciacqua le calze, fazzoletti, ecc.).	0	0
0__0. Tutta la biancheria deve essere lavata da altri.	1	1

___/22 PUNTEGGIO TOTALE INGR	N° FUNZIONI PERSE INGR ___/8
___/22 PUNTEGGIO TOTALE DIM	N° FUNZIONI PERSE DIM ___/8