

Corso di Perfezionamento  
**Tecnologie per l'autonomia  
e l'integrazione sociale delle persone disabili**  
Anno Accademico 1999/2000

**Single ad ogni costo !.**

***ALBERTO***

**CANDIDATO: Lucia De Lauso**

**Abstract.** *Alberto, ingegnere di 72 anni, vive da solo al secondo piano di una palazzina senza ascensore. Pensionato da alcuni anni, mantiene ancora un'attività di appoggio alla preparazione di giovani ingegneri e di collaborazione esterna con ditte straniere; coltiva inoltre interessi culturali quali musica classica e mostre d'arte che lo portano anche all'estero. In seguito all'intervento chirurgico di protesi d'anca arriva nella struttura riabilitativa in condizioni funzionali molto ridotte. L'intervento riabilitativo è rivolto al ripristino della maggiore autonomia e sicurezza possibile del paziente:*

- *nell'ambito domestico*
- *nelle attività della vita quotidiana*
- *nella deambulazione*
- *nei trasferimenti in ambiente esterno*
- *nel superamento di barriere architettoniche*
- *nell'interazione col mondo esterno*
- *nei trasporti.*

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

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

# 1. INTRODUZIONE

## 1.1. Motivazione

Il caso del signor Alberto, che mi appresto a descrivere e a raccontare, devo dire che mi ha colpito per la forte emblematicità e nello stesso tempo peculiarità che rappresenta a livello di fenomeno sociale.

Per età, condizione, potenzialità e motivazione personale, appartiene a quella fase di invecchiamento che taluni indicano come “intermedia” e che comprende l’età tra i 65 e i 75 anni, quando i limiti della salute si relazionano necessariamente con il bisogno di assistenza; quando, cioè, molto facilmente un incidente di percorso va a intaccare il concetto generale di salute che equivale alla capacità di affrontare e gestire la propria situazione di vita in autonomia.

La frattura di femore, con relativo intervento di “protesizzazione” d’anca, è un incidente di percorso molto frequente che riguarda in generale gli anziani e questo, secondo me, fa sì che possa identificarsi nella generalizzazione di un fenomeno sociale, globale, di cultura.

Un secondo motivo che mi ha spinto a scegliere di analizzare dettagliatamente questo caso è stata l’occasione che mi offriva di fare un excursus piuttosto ricco nel campo tecnologico degli ausili utili, che oggi più che mai sono a disposizione, a risolvere i vari e svariati problemi inerenti alla vita quotidiana, lavorativa e di relazione sociale.

Tale percorso tecnico, mi piace dire, si è svolto e concretizzato in modo concatenato ma armonioso sin dal più semplice, ma non meno nobile, ausilio quale può essere un bastone per camminare a quello più nuovo e sofisticato quale può essere un computer per lavorare, comunicare, fare acquisti, risolvere commissioni, relazionarsi, insomma reintegrarsi.

Le difficoltà maggiori che man mano abbiamo dovuto affrontare, cercando volta per volta di risolvere sono state principalmente queste:

- la depressione iniziale di una persona iperattiva di suo, che arriva da un lungo periodo di allettamento e sofferenza;
- le condizioni globalmente precarie;
- la non consapevolezza della sua situazione in prospettiva e quindi l’angoscia per il suo futuro;
- nessun appoggio esterno di tipo familiare. Vive da solo;
- la lontananza del domicilio dal luogo di riabilitazione;
- la residenza abitativa in provincia, con pochi servizi.

I successi di maggiore importanza invece sono stati:

- la gestione dell’ansia e della preoccupazione da parte del paziente, grazie all’adozione di strategie facilitanti alternative e all’utilizzo di piccoli ausili per le autonomie fondamentali (abbigliamento e igiene prima della concessione del carico);
- l’accettazione di utilizzare gli ausili, che spesso sono lo specchio dei propri limiti;
- il riemergere della fiducia in se stesso, a tratti faticosa, a tratti piena;
- la forte motivazione al riappropriarsi dell’indipendenza all’interno della struttura;
- l’interesse a conoscere ed elaborare ogni dettaglio significativo per la sua condizione
- il coinvolgimento nella programmazione e sviluppo del progetto riabilitativo;
- la voglia di riscatto.

## 1.2. Valutazione complessiva

Aver seguito questo caso che può sembrare comune ma non lo è, nessun caso lo è, è stato per me una buona esperienza lavorativa e umana.

Gli obiettivi che c’eravamo proposti erano quelli che, man mano nel tempo, siamo riusciti a raggiungere con soddisfazione sia da parte mia che da parte del paziente.

Poter decidere di andare a teatro o in palestra, uscire da casa, guidare la macchina e arrivare sul posto desiderato, secondo me, assomiglia un po' al volo di una colomba che vive in libertà.

Certo bisogna stare attenti ai cacciatori o ai fulmini, cioè ai pericoli ma in questo caso munirsi degli ausili giusti di supporto e di prevenzione è parte integrante oramai della quotidianità del signor Alberto.

Faccio quest'esempio perché mi pare il più alto e significativo specchietto di vita di una persona che fa i conti quotidianamente con se stesso e le sue potenzialità.

### **1.3. Modelli teorici di riferimento**

Nell'impostazione del progetto riabilitativo e nella scelta degli ausili mi sono riferita in special modo ai modelli di analisi, di procedura, di valutazione, di modalità, di criticità e di verifica che ho applicato durante la mia attività di terapeuta occupazionale e di cui ho trovato ampio riscontro nei modelli SIVA Fondazione Pro Juventute Don Carlo Gnocchi IRCC di Milano (Andrich 1988; Andrich 1996; Andrich e Moi 1998).

Lectture di libri, riviste e articoli vari, mi hanno aiutato a mettere a fuoco in modo particolare le varie sfaccettature del caso dandogli un'entità di completezza sia dal punto di vista tecnico che dal punto di vista umano (Antico et al. 1992).

Ho cercato di mettere in pratica dei punti di riferimento essenziali in quanto frutto di un profondo sapere tecnico presieduto da un altrettanto profondo sapere culturale che considera ogni persona nella sua perfetta integrità al centro di ogni intervento riabilitativo.

## **2. QUADRO CLINICO**

### **2.1 Eta' e diagnosi**

Età: 70 anni.

Diagnosi: protesi d'anca sinistra per necrosi della testa del femore in paziente con un quadro artrosico generale, diffuso al rachide lombo-sacrale e alle ginocchia.

### **2.2 Storia clinica**

Il signor Alberto, che già soffriva da parecchi anni di sintomatologia dolorosa a livello lombosacrale e ginocchia, ha sempre continuato a praticare attività sportive (moto, bicicletta, sci di fondo) anche per combattere la familiare tendenza all'obesità.

Nel 1998 in seguito ad ingravescenza della sintomatologia, si sottopone ad esami radiografici che evidenziano degenerazioni artrosiche alla colonna vertebrale.

Segue una cura con antinfiammatori. Il cammino diventa faticoso e l'attività sportiva si riduce al moto e ad un periodo di fisioterapia.

Riesce tuttavia ancora a guidare l'auto e a condurre una vita con qualità accettabile.

Nel 15 giugno 1999 però proprio mentre guida l'auto accusa improvvisamente dolori fortissimi all'anca. Chiama un amico che lo accompagna al pronto soccorso più vicino.

Nei giorni successivi viene sottoposto ad indagini radiografiche che evidenziano la necrosi alla testa del femore destro.

Di qui le necessità di procedere ad un intervento chirurgico di protesi d'anca.

Il periodo d'attesa dell'intervento trascorre tra letto, sedia a rotelle e analgesici.

L'intervento viene effettuato con buon esito il 15 settembre 1999.

Il giorno 27 dello stesso mese viene ricoverato nella struttura di riabilitazione che fa capo anche a un servizio di terapia occupazionale, dove lavoro.

Il paziente è allettato; ha la possibilità di caricare sull'arto inferiore destro solo parzialmente ma ipotrofia muscolare notevole dovuta al tempo trascorso a letto prima ancora dell'intervento.

Le condizioni iniziali del ricovero nella struttura riabilitativa è di completa dipendenza dagli operatori, sia per gli spostamenti sia la cura e i bisogni della sua persona.

Il 19 novembre rientra a domicilio in condizioni di assolvere agli impegni della quotidianità in modo indipendente; è in grado di camminare in sicurezza con l'ausilio di un bastone e anche di guidare l'auto.

### **2.3 Approccio personale rispetto alla problematica affrontata**

Il mio approccio personale verso il signor Alberto è stato quello di conoscerne la personalità e l'ambiente con cui avrebbe dovuto relazionarsi, prendendo come punto di partenza le sue necessità del momento.

Questo perché credo nel fatto che la qualità della vita dipende dal grado di realizzazione della totalità della persona e non di una sola componente, che può essere quella fisica.

## **3. CONTESTO**

### **3.1 Anamnesi familiare e sociale**

Il signor Alberto è un ingegnere in pensione e vive da solo.

Svolge ancora attività di lavoro di collaborazione con realtà esterne per didattica e consulenze.

Ha una cerchia di amici piuttosto compatta che gli dà il giusto supporto ora psicologico di cui può avere bisogno, ora empirico vero e proprio per esigenze contingenti della situazione.

L'appartamento in cui abita non è di sua proprietà e si trova all'ultimo piano di una palazzina di due piani, senza ascensore, in un paese di provincia, discretamente lontano dal centro e quindi dai servizi essenziali

E' inoltre una località di mezza montagna che offre una dimensione di vita molto tranquilla, più a misura d'uomo come suole dirsi da una parte ma dall'altra presenta problematiche maggiori a chi non è autonomo al cento per cento. Alberto però non amerebbe abitare altrove. Ha sempre avuto la passione per il suo lavoro ma anche per i viaggi, le mostre, i concerti, le serate in compagnia, la lettura impegnata e insieme attività sportive.

Si è avvicinato al computer anni fa per motivi di lavoro appassionandosi sempre di più tant'è che oggi non saprebbe farne a meno.

### **3.2. Incentivi e disincentivi provenienti dall'ambiente di vita**

Possono essere considerati fattori incentivanti l'alto livello culturale del paziente, la sua apertura mentale naturalmente disposta ad apprezzare e ad utilizzare qualsiasi ritrovato tecnologico, l'abitudine ed il gusto a vivere da solo pur intrattenendo da sempre numerose e stimolanti relazioni con amici e colleghi in Italia e all'Estero.

Importante stimolo al superamento di ogni ostacolo è venuto, principalmente, da questa rete di conoscenti che lo hanno coinvolto, anche precocemente, nei loro progetti di studio e di svago.

Inoltre il forte desiderio di continuare la sua vita da single e soprattutto là dove ha il domicilio per non privarsi dell'ambiente naturale (il panorama fatto di boschi, colline e pianura incorniciato dalla cerchia delle Alpi) che circonda la sua casa.

Non vuole perdere le abitudini trovate dopo lunghe ricerche rispondenti a sue esigenze interiori.

Certo motivi disincentivanti ce ne sono stati.

Prima di tutto l'acuirsi, nel post intervento, del dolore nei distretti già precedentemente descritti (schiena, ginocchia) che rendeva impossibili i passaggi posturali nel letto ed assai difficoltoso anche il mantenimento della posizione seduta in carrozzella.

Poi la novità di indossare necessariamente un busto in tela armata per evitare ulteriori danni e di adattarvi.

Inoltre la mancanza di familiari prossimi che lo accudissero e lo rassicurassero sul suo futuro.

Momenti inoltre di solitudine e d'abbandono razionalmente contenuti ma pur sempre vissuti, come vissuta anche la fatica procurata dal doversi organizzare in prima persona la gestione delle proprie necessità contingenti e le questioni amministrative lasciate in sospeso.

Infine la collocazione ambientale della sua abitazione che, per essere decentrata rispetto ai servizi per lui essenziali, ha costituito un importante motivo di preoccupazione e un segnale di rinuncia.

## **4. CONTATTO INIZIALE**

### **4.1 Come l'utente, o chi per lui, ha preso l'iniziativa**

Le prime settimane di ricovero sono state di trattamento esclusivamente di mobilizzazione e terapia fisica (antalgica) in considerazione della situazione globale notevolmente complicata dalla sofferenza discale (livello dorso-lombare) e dalla gonartrosi sinistra.

La fase depressiva è aggravata dal confronto con decorsi regolari d'altri pazienti con protesi d'anca.

Alberto prende coscienza, attraverso esperienze altrui, dell'esistenza e dell'utilità di piccoli ausili per le autonomie fondamentali.

Chiede allora personalmente al medico del reparto, capovolgendo la prassi di essere inviato in trattamento presso il servizio di terapia occupazionale.

*Domanda iniziale:* la domanda iniziale di Alberto, improntata a speranza e a fiducia contemporaneamente è stata questa: "si può fare qualcosa per me?"

Questa domanda, chiusa e restrittiva, esprimeva invece tutta l'ansia per la precarietà della sua situazione, unita ad una flebile speranza di rendere vivibile il suo futuro.

Il suo vivibile naturalmente era legato al concetto di indipendenza.

### **4.2 Come ci si è relazionati con l'utente**

Un dialogo di tipo informale ha dato la tranquillità necessaria al paziente di esprimere le sue principali preoccupazioni e aspettative per il presente e per il futuro e a me di spiegare quali potevano essere le potenzialità presenti e gli obiettivi prossimi futuri (Bolko 1994).

Il primo obiettivo era quello di riscuotere la fiducia di Alberto perché è l'elemento portante di tutto il rapporto operatore-paziente.

La fase di accettazione di consigli e proposte, infatti, è quella che segue ed è anche faticosa dal punto di vista psicologico, perché, seppure istintiva e immediata, comporta sempre una scelta e di questo bisogna tenere conto.

Si è partiti con una valutazione sistematica del residuo motorio e degli effettivi bisogni e desideri per giungere ad un programma concreto di intervento.

Questo tipo d'analisi ha permesso di individuare gli ausili necessari e l'accettazione degli stessi.

## 5. OBIETTIVI DEL PROGETTO

### 5.1. Obiettivi previsti

L'obiettivo sempre perseguito è stato quello della reintegrazione completa del signor Alberto, laddove reintegrarsi significa: trovare nuove modalità, adattarsi a nuove modalità, imparare a confrontarsi con i propri limiti, accettarli e trovare soluzioni, le più idonee possibili, alle problematiche presenti (in modo più urgente) ma anche a quelle eventuali del futuro.

Il recupero d'abilità specifiche, il recupero ambientale e il recupero della propria identità personale sono stati i principali obiettivi intermedi del progetto, raggiunti non con sequenza temporale ma secondo un criterio di priorità e reciprocità.

Più specificatamente, gli obiettivi che il Sig. Alberto ha sempre delicatamente, ma coraggiosamente favorito, sono stati i seguenti :

- poter continuare a vivere da single, mantenendo cioè le autonomie personali fondamentali. La padronanza di se stesso come persona che decide della propria vita, sceglie e si organizza, equivale per Alberto alla qualità della sua esistenza.
- rimanere nella stessa residenza abitativa, mantenendo intatte le relazioni con l'ambiente fisico circostante, che è ordinato secondo le sue abitudini e le sue esigenze. L'ambiente va inteso in senso ampio e comprende le relazioni interpersonali, gli affetti riposti in determinati oggetti (luoghi), nei vari accorgimenti utilizzati nella disposizione dei mobili, e in particolari segni che ricordano avvenimenti piacevoli della propria vita.
- Muoversi autonomamente anche all'esterno del proprio domicilio per continuare le relazioni sociali, il lavoro, i viaggi, le vacanze, l'autotraining, per mantenere nel tempo i risultati della FKT (nuoto, bicicletta, terapie fisiche), e non essere di peso a nessuno (amico, familiare, servizio sociale) (Antico et al 1990).

### 5.2 In assenza di interventi

In assenza di interventi ed ausili appropriati, le conseguenze più probabili sarebbero state:

- La necessità di assistenza globale, sicuro veicolo verso un ulteriore decadimento psico-fisico, con relativo peggioramento fisico.
- Il mancato apporto lavorativo con perdita di utilizzo del suo bagaglio conoscitivo a disposizione di altri.
- La perdita di identità personale ed autostima e la riduzione di proventi.
- La scelta per lui di una nuova abitazione fatta con disagio e dispiacere, perché, come dice il Cardinale C.M. Martini, *La casa esprime la vita della persona, e per ciascuno di noi è una necessità ed una protezione* (Inail 1998).

## 6. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

### 6.1 Analisi dei possibili interventi

E' stato proposto al paziente l'utilizzo di piccoli ausili quali infilacalze, infilascarpe e pinza a manico lungo per affrancarsi dall'aiuto di assistenti nell'attività di abbigliamento in posizione seduta. Questo perché è in assenza di carico, in condizioni di stabilità generale precaria e a rischio di lussazione della protesi d'anca se compie movimenti di flessione oltre i 90° e/o di rotazione interna.

L'addestramento all'uso di questi ausili tecnici insieme informazioni comportamentali di precauzione da adottare, ha reso possibile il raggiungimento dell'autonomia nella vestizione in condizioni di sicurezza.

L'affidabilità e la consapevolezza del paziente sono state determinanti per il buon risultato ottenuto.

Prima della concessione del carico l'attività d'igiene e di passaggi posturali sono a carico degli operatori.

Segue l'addestramento a mettere e togliere da solo il busto di tela armata, richiesto per il contenimento e il sostegno della colonna vertebrale a rischio di cedimenti osteo-articolari.

Ciò comporta una preparazione mirata e concomitante di fisioterapia per migliorare le capacità muscolari soprattutto degli arti superiori, i quali saranno la chiave onnipresente della relazione del paziente con se stesso e col mondo esterno, per ogni attività.

Concesso il carico e raggiunta l'indipendenza anche a scendere dal letto, il paziente usa la carrozzina per andare in bagno e per muoversi all'interno della struttura.

La carrozzina è di struttura semplice, con schienale rigido, di facile gestione e con valido sistema di frenatura.

Nel bagno della struttura il paziente usufruisce di un water adatto alle sue necessità e cioè munito di alzawater, per l'esigenza di non flettere l'anca oltre i 90°, e col bidet incorporato.

Pensando al rientro a casa si programma l'acquisto dell'alzawater e per il bidet, un miscelatore termoscopio completo di flessibile, boccetta a pulsante e supporto a muro da installare di fianco al w.c.

La presenza di maniglioni robusti per alzarsi con minore sforzo e maggiore sicurezza, ha destato molto interesse nel paziente che ha cominciato a intravedere la possibilità di un suo rientro autonomo a domicilio.

Il bagno e/o la doccia invece sono motivo di preoccupazione perché a casa può usufruire solo di una vasca da bagno classica con relativa erogazione dell'acqua e non è libero di ristrutturare l'ambiente in quanto è affittuario dell'alloggio.

Gli propongo a questo punto la possibilità di acquisto ed installazione di un asse universale da mettere sulla vasca da bagno, ottenendo così la sicurezza e l'autonomia di entrare ed uscire dalla vasca e fare la doccia da seduto, senza necessariamente l'aiuto di qualcuno.

Qui il paziente si è superato perché ha immediatamente pensato al sistema complementare, ma non meno importante, di pareti mobili che evitino di spargere acqua per terra.

L'iniziativa personale del paziente comincia a prendere parte attiva nell'interazione tra informazioni e soluzioni.

Apprezza l'idea di un altro piccolo ausilio, qual è il lavadita per l'igiene dei piedi senza rischiare la sicurezza della protesi da una parte e la rotazione della schiena dall'altra.

Dalla carrozzina si passa all'uso di un girello, con appoggio antibrachiale, e poi di due stampelle per gli spostamenti all'interno della camera e della struttura.

Della prospettiva di vita domiciliare abbiamo individuato la possibilità d'acquisto ed uso di una sedia a rotelle, con sistema di frenatura sicuro, di tipo ufficio, sia per non affaticarsi negli spostamenti, sia per la gestione di piccoli lavori domestici essenziali di tutti i giorni.

Il problema della mobilità viene così ritenuto soddisfacente e fattibile.

Quello della mobilità esterna, invece, è affrontato con maggiore difficoltà perché richiede un adeguamento strutturale di grossa entità dell'abitazione del paziente che non è proprietario.

L'obiettivo è quello di salire e scendere le scale, con eventuali oggetti da trasportare (viveri, bagagli...), in autonomia e sicurezza.



La proposta è l'installazione di un montascale atto a superare il dislivello che intercorre tra l'atrio dell'immobile e il piano dell'appartamento.

L'idea è ritenuta grandiosa e allora cominciamo a considerare i vari aspetti di utilità e fattibilità che questo ausilio comporta.

Il paziente, dal canto suo, comincia, telefonicamente, un'opera collaterale d'informazione e di persuasione nei confronti del suo padrone di casa, sostenendo la propria necessità d'uso per la condizione in cui si trova, dell'innegabile valorizzazione dello stabile e della disponibilità a partecipare alle spese.

Questa transazione privata porta il proprietario a dare il suo consenso ed il paziente ad accollarsi le spese.

Un'alternativa potrebbe essere quella di cercare un alloggio a piano terra senza la barriera delle scale da superare ma il paziente non la gradisce e la scarta.

Disponendo, infatti, delle risorse economiche necessarie, ha deciso di affrontare queste spese per evitare un trasloco che lo avrebbe privato di un'abitazione che per il contesto ambientale e per la sistemazione attenta degli spazi interni e dell'arredamento, costituiva l'apice dei suoi desideri in questo ambito ed il frutto di un suo progetto di ricerca attuato nel corso di parecchi anni.

Il trasloco avrebbe, comunque, comportato la necessità di mutamenti traumatici di consuetudini relativi all'utilizzo dei vari servizi e lo scollamento da un ambiente socio-ambientale amichevole e gratificante costruito nel tempo.

Grava su questa fase dell'iter riabilitativo, un'intesa malinconia e il fantasma della non autosufficienza, che condiziona spesso il programma che ne consegue.

Essendo ricoverato in una struttura sanitaria pubblica è lo stesso medico di reparto (fisiatra) che compila il modulo della richiesta di ausili da inoltrare alla U.S.L. e un suo amico, per lui, a presentare domanda al comune di residenza per i lavori di ristrutturazione.

Nel periodo che intercorrerà tra la domanda, la messa in opera e l'effettivo utilizzo della piattaforma il paziente ha abitato a tratti in un residence senza barriere architettoniche, a tratti in casa di amici e a tratti di nuovo in strutture sanitarie.

Il follow-up di questo intervento è avvenuto praticamente dopo sei mesi dal ricovero nella nostra struttura e fino a quel momento le aspettative sono state alterate un po' dall'ansia per quanto riguarda il paziente e un po' dal desiderio di verifica da parte mia.

Il paziente, già in possesso di un'automobile, desidera ritornare a guidare per prendere possesso anche dei suoi spostamenti all'esterno dell'abitazione.

L'adattamento necessario alla sua sicurezza di protesizzato d'anca, riguarda la posizione orizzontale e l'altezza del sedile, che deve essere in posizione tale da mantenere le anche flesse non oltre i 90°.

Si consiglia, inoltre, un cuscino rigido da mettere sul sedile per dare maggior sicurezza e stabilità alla posizione seduta, soprattutto per viaggi lunghi.

Non dimentichiamo che al signor Alberto piace viaggiare!

Una caratteristica essenziale dell'automobile sarebbe il sedile girevole verso l'esterno dell'abitacolo, per evitare la rotazione delle anche e del tronco e così proteggere la posizione della protesi e la colonna vertebrale.

Si programma di cambiare automobile.

L'alternativa sarebbe: usufruire del supporto di amici, conoscenti, volontari o servizio taxi a pagamento (perché in provincia non sono in atto buoni taxi per invalidi) e il paziente alla fine la scarta poiché non vuole essere sempre di peso.

La visita domiciliare che, per ovvi motivi, ho potuto effettuare solo dopo tre mesi dalla dimissione del nostro paziente, è stata la verifica di risultati soddisfacenti, sia per l'efficienza del signor Alberto all'interno della sua abitazione, sia per l'efficacia degli ausili a sua disposizione.

## 7. RELAZIONE TECNICA

### 7.1. Descrizione degli ausili

Nella descrizione degli ausili e delle soluzioni previste, mi sono proposta di seguire il principio di propedeuticità di un processo di trasformazione, sia rispetto ai bisogni dell'utente, che alla sistematicità dell'iter riabilitativo, dall'ingresso nella struttura, al rientro a domicilio.

### 7.2. Elenco degli ausili ( in ordine di utilizzo).

Infilacalze: in materiale plastico semirigido dotato di tiranti a laccio.

Obiettivo: autonomia dell'utente nell'infilare le calze.

Codice: AA4650 Catalogo Smith+Nephew.

Spesa: 15000 lire IVA inclusa (a carico dell'utente).

Infilascarpe: materiale plastico semirigido con asta lunga.

Obiettivo: infilare e sfilare le scarpe da seduto e da in piedi.

Spesa: 15000 lire IVA inclusa (a carico dell'utente)

Pinza-prensile Handy-Reacher (media): in materiale metallico e plastico, semplice da impugnare e da usare. Per l'utilizzo bisogna rivolgere le pinze verso l'oggetto che si desidera prendere, premere la levetta che si trova sotto l'impugnatura in modo che la ganascia posta all'estremità opposta afferri saldamente l'oggetto.

E' dotata anche di una speciale punta magnetica per raccogliere oggetti metallici. Per l'uso di questo ausilio è importante che ci sia una buona manualità e destrezza da parte del paziente.

Obiettivo: rendere accessibili tutti gli oggetti di piccola dimensione e peso che servono all'utente.

Codice: AA8054 Catalogo Smith+Nephew

Spesa: 30000 lire (a carico dell'utente).

Lavadito: asta metallica lunga 71 cm, corredata di due spugne.

Obiettivo: igiene degli spazi interdigitali dei piedi.

Codice: AA1847 (stesso catalogo).

Prezzo: 30000 lire IVA inclusa (a carico dell'utente).

Carrozzina: MOD PANZER.

STANDARD: telaio super-rinforzato, sedile antisfondamento, braccioli rinforzati con predisposizione per tavolino, ruote integrali, schienale e appoggiagambe con relazioni rinforzate.

OBIETTIVO: permettere gli spostamenti all'interno della struttura prima della concessione del carico sugli arti inferiori.

CODICE: 150 12. 21. 09. 006

SPESA: materiale d'uso in dotazione della struttura.

Corsetto: di stoffa doppia, sfoderato, fatto su misura, con due molle rigide posteriori ai lati della colonna vertebrale, due molle laterali rigide con puntali in plastica, rinforzi esterni in pelle o stoffe, due molle flessibili anteriori, allacciatura anteriore ed appositi cinturini e/o lacci di regolazione.

OBIETTIVO: contenimento cautelativo del tratto dorso-lombare della colonna vertebrale.

CODICE: 150 06. 03. 09. 003

PREZZO: 200000 lire IVA inclusa (erogato dall'ASL)

Deambulatore: struttura in tubo di acciaio cromato, completo di maniglione e ascellari imbottiti in poliuretano con asta registrabile in altezza, larghezza e profondità e ruote piroettanti.

OBIETTIVO: deambulazione possibile con carico parziale sugli arti inferiori all'interno della struttura.

CODICE: min. 22. 21. 005

Spesa: a carico della struttura.

Stampelle: appoggio antibrachiale e puntale di appoggio regolabile nella parte inferiore.

OBIETTIVO: deambulazione negli spazi interni ed esterni con carico protetto.

CODICE: 150 12. 03. 06. 003

SPESA: 50000 (erogata dall'ASL).

Maniglioni: materiale luminoso (per la notte o ipovedenti) e atermico, esteticamente gradevoli.

OBIETTIVO: sicurezza nei passaggi posturali.

CODICE: MAKO 565 per la vasca da bagno, MAKO 900 di sostegno e muro, ribaltabile per w.c (catalogo BOCCHI AUSILI).

Rialzo per w.c: modello Enterprise, materiale plastico, semplice e rapido da installare.

OBIETTIVO: stabilità e sicurezza in bagno.

CODICE: AA2160 (catalogo Smith+Nephew)

SPESA: 418000 (a carico dell'utente).

Bocchetta per bidet: RADA 15 HD, con miscelatore termoscopio completo di flessibile, bocchetta a pulsante e supporto a muro.

Da installare di fianco al w.c.

L'erogazione dell'acqua avviene, a temperatura controllata automaticamente a +1°C, premendo il pulsante posto sulla bocchetta.

Filtri e valvole di ritengo incorporate nel miscelatore.

Manopola di regolazione temperatura a leva o a chiave.

Absoluta sicurezza contro gli sbalzi di temperatura.

OBIETTIVO: autonomia e sicurezza in bagno.

CODICE: N5 6100 (catalogo BOCCHI AUSILI).

Asse per la vasca da bagno: supporto d'acciaio perforato ricoperto di plastica, extra-large, ultrasensibile. Il particolare disegno facilita il drenaggio dell'acqua e la rende ideale per la doccia. Regolabile in ampiezza da 400 a 600 mm.

OBIETTIVO: autonomia e sicurezza in bagno.

CODICE: AA1080 (catalogo Smith+Nephew)

PREZZO: 184000 lire

Sedia a rotelle: di tipo ufficio, schienale rigido, sedile comodo, ruote con sistema di frenatura, già apprezzata dall'utente nell'ambiente lavorativo di consulenza.

OBIETTIVO: autonomia, sicurezza, minore sforzo nel gestire piccoli lavori domestici e ridurre quantitativamente la fatica di alzarsi e sedersi.

SPESA: 600000 lire (a carico dell'utente).

Montascale: poltroncina, dotata di pianale per l'appoggio dei piedi ed eventuali bagagli, azionata da un motore elettrico che agisce su una cremagliera alloggiata in prossimità della ringhiera della scala.

Dotata di tutti i dispositivi atti a garantirne un uso sicuro.

OBIETTIVO: salire e scendere le scale.

SPESA di listino: 15000000 (a carico dell'utente); spese di installazione e di manutenzione a carico del proprietario dell'immobile.

## **8. RISULTATI**

### **8.1 Risultati previsti:**

- autonomia personale nelle ADL;
- autonomia nel governo casa;
- autonomia nei trasporti;
- autonomia nella relazione col mondo esterno.

### **8.2 Risultati ottenuti**

Risultati riscontrati: conformi a quelli previsti.

Si sono realizzati i desideri del paziente di conservare l'autonomia e l'indipendenza unita alla privacy a cui era abituato.

La qualità di vita è rientrata nella misura in cui era prima dell'evento morboso.

Il paziente ha trascorso un periodo di vita che si è chiuso a cerchio ed ha lasciato segni di una trasformazione nelle modalità tecniche di gestire autonomamente la propria vita, ma non nelle funzionalità.

Da questo periodo ha "ricavato" anche gratificazione, sollievo e fiducia in se stesso.

La rete primaria costituita dai vari servizi dei quali usufruiva in precedenza, tramite telefono, internet, non ha subito variazioni.

Da parte mia, ho preso maggiore consapevolezza dell'aiuto che i vari ausili tecnologici possono dare nei problemi di ipomobilità.

## **9. PROGRAMMA OPERATIVO PER REALIZZARE IL PROGETTO**

### **9.1 Interventi preparatori sull'utente**

L'obiettivo principale dell'educare l'utente ad affrontare un programma è stato quello di formare una persona competente nell'effettuare scelte sulla base delle capacità di elaborazione dei contenuti, affinché da destinatario passivo di informazioni, diventasse soggetto attivo di un processo continuo di conoscenze e di aspettative e di collegamento delle stesse (Ferrario 1992).

La sua disponibilità e capacità a comprendere, memorizzare, rielaborare e criticare i contenuti delle mie competenze (propositi e consigli) nell'arco di tempo che abbiamo avuto a disposizione (circa tre mesi) ha reso il nostro interagire abbastanza agevole e costruttivo.

Da parte dell'utente ho riscontrato un buon apprendimento e soprattutto un buon controllo della situazione nonché la consapevolezza di poter valutare, scegliere e decidere in autonomia (Donald 1997).

### **9.2 Soggetti da coinvolgere**

- Fisiatra della struttura ospedaliera, per la valutazione e la richiesta degli ausili.
- ASL per ottenere contributi e agevolazioni previste per gli ausili.
- Comune per la richiesta di permessi per la ristrutturazione di ambienti e per contributi.
- Proprietario dell'immobile per il consenso ad eseguire modifiche ambientali all'interno dell'abitazione.
- Officine ortopediche per preventivi ed eventuali consulenze.

## 10. PIANO ECONOMICO

### 10.1. Stima dei costi

Di fronte all'aspetto economico che comporta sempre una trasformazione, è inevitabile chiedersi: quanto mi costa?

L'impegno economico spesso può essere un disincentivo per l'acquisto di un ausilio.

La persona di pochi mezzi è spesso condizionata da questo problema ma anche chi ha più mezzi, magari, è accorto a non fare spese superflue. Superfluo, invece, è solo quello che non cambia in meglio la situazione.

A monte di situazioni individuali poi c'è il più che mai attuale bisogno del sistema sanitario di contenere la spesa pubblica e allora dubbi, restrizioni ed economia sono le parole che si riscontrano sempre più nelle notizie che riguardano la linea di aziendalizzazione del sistema sanitario italiano (Borgonovi e Zangrandi 1998).

Tutto ciò è un fatto e bisogna tenerne conto.

Come agire, dunque, per non valorizzare i principi di salute pubblica e sociale che originano dal "diritto alla salute" di ogni cittadino della nostra Costituzione?

Come fare a non smentire il valore delle risorse umane adoperatesi a sviluppare e produrre le risorse tecniche? Come sminuire i bisogni umani dei pazienti per rientrare in un bilancio economico?

Un modo può essere quello di integrare in modo ottimale questi elementi in un rapporto costo-benefici globalmente accettabile, laddove per costo non si intende solo la spesa pecuniaria in quanto tale, bensì un investimento lungimirante di sforzi, fatiche e processi rieducativi che di fatto costituirà un risparmio per l'individuo e per la società (Ivaldi 1999).

*Esempio: l'uso di un bastone come appoggio, che serve a scaricare il peso del corpo su un'anca artrosica ha il (nobile) compito di evitare il peggioramento veloce dell'articolazione e il conseguente consumo di farmaci, l'intervento di artroprotesi, l'assistenza pubblica e privata, la riduzione di produttività (familiare e/o lavorativa) tutte cose che ammontano ad una spesa pubblica e privata, in una parola sociale, che supera di gran lunga la spesa iniziale dell'ausilio.*

Curare il contesto sociale prima di dover curare un contesto sanitario è già riabilitazione e sanità, ma anche investimento per la tutela della salute e per il risparmio economico globale.

### 10.2. Analisi dei costi

Il parametro dell'efficacia e della utilità di un progetto riabilitativo personalizzato, in termini di efficienza per l'utente e di risparmio per la sanità, è il rapporto costi-benefici degli interventi (Andrich e Moi 1998).

Nel caso specifico l'analisi si riferisce a tre filoni contraddistinti di autonomia:

- Igiene personale;
- Gestione della casa;
- Motilità.

Considerata l'età e la natura della causa patologica (artrosi), l'orizzonte temporale è fissato nel termine di cinque anni. Il costo dell'assistenza è monetizzato in lire 25.000 orarie.

### 10.3. Programma

Codice	Obiettivo intervento	Soluzione scelta	Inizio intervento	Tempo di realizzazione	Durata clinica	Durata tecnica
1	Vestirsi e svestirsi	Pinza, Infilacalze, Infilascarpe	Subito	Subito	Mesi 60	Mesi 60
2	Andare in	Alzawater,	Subito	Subito	Mesi 60	Mesi 60

	bagno	Maniglione, Doccetta per bidet				
3	Fare il bagno	Asse per vasca, Maniglione, Lavadita, Ante scorrevoli	Mesi 1	Mesi 1	Mesi 59	Mesi 59
4	Preparazione cibo e piccoli lavori domestici	Sedia con rotelle, Mobilio adeguato	Mesi 3	Mesi 3	Mesi 57	Mesi 57
5	Uscire-entrare in casa	Montascale fisso	Mesi 4	Mesi 4	Mesi 56	Mesi 56
6	Muoversi all'esterno	Bastone, automobile	Subito	Mesi 4	Mesi 56	Mesi 56

**Progetto n.1 (vestirsi e svestirsi): quantificazione dei costi**

		Pinza, Infilacalze, Infilascarpe	Assistenza Livello A
Inizio utilizzo	Subito	Soluzione scelta	Soluzione scartata
Durata clinica	Mesi 60		
Durata tecnica		Mesi 60	Mesi 60
Tecnologia		£ 60000	
Addestramento all'uso			
Costi tecnici di esercizio			
Frequenza assistenza A			Azioni/mese 120
Durata assistenza A			15 min.
Costo assistenza A			£ 750.000 / mese
Valore residuo			
<b>Costo sociale</b>		<b>£ 60.000</b>	<b>£ 45.000.000</b>
Spesa finanziaria		£ 60.000	£ 45.000.000

**Progetto n.2 (andare in bagno): quantificazione dei costi.**

		Alzawater, Maniglione, Doccetta	Assistenza livello A
Inizio utilizzo	Subito	Soluzione scelta	Soluzione scartata
Durata clinica	Mesi 60		
Durata tecnica		Mesi 120	Mesi 60
Tecnologia		£ 1.260.000	
Addestramento all'uso			
Costi tecnici di esercizio		£ 200.000	
Frequenza assistenza A			Azioni/mese 150
Durata assistenza A			15 minuti
Costo assistenza A			£ 1.000.000 / mese
Valore residuo		£ 630.000	
<b>Costo sociale</b>		<b>£ 830.000</b>	<b>£ 60.000.000</b>
Spesa finanziaria		£ 1.460.000	£ 60.000.000

**Progetto n.3 (Fare il bagno): quantificazione dei costi.**

		Asse per vasca, Maniglione, Lavadita, Ante scorrevoli	Assistenza livello A
Inizio utilizzo	Subito	Soluzione scelta	Soluzione scartata
Durata clinica	Mesi 60		
Durata tecnica		Mesi 120	Mesi 60



Tecnologia		£ 735.000	
Addestramento all'uso			
Costi tecnici di esercizio		£ 200.000	
Frequenza assistenza A			Azioni/mese 30
Durata assistenza A			60 minuti
Costo assistenza A			£ 750.000 / mese
Valore residuo		£ 367.000	
<b>Costo sociale</b>		<b>£567.000</b>	<b>£45.000.000</b>
Spesa finanziaria		£ 935.000	£ 45.000.000

**Progetto n.4 ( Preparazione cibi e piccoli lavori domestici): quantificazione dei costi.**

		Sedia con rotelle, Mobilio adeguato	Assistenza livello A
Inizio utilizzo	Mesi 3	Soluzione scelta	Soluzione scartata
Durata clinica	Mesi 57		
Durata tecnica		Mesi 117	Mesi 57
Tecnologia		£ 8.630.000	
Addestramento all'uso			
Costi tecnici di esercizio			
Frequenza assistenza A		Azioni/mese 8	Azioni/mese 90
Durata assistenza A		120 minuti	180 minuti
Costo assistenza A		£ 400.000 / mese	£ 6.750.000 / mese
Valore residuo		£ 431.000	
<b>Costo sociale</b>		<b>£31.395.000</b>	<b>£384.750.000</b>
Spesa finanziaria		£ 31.830.000	£ 384.750.000

**Progetto n.5 ( Uscire e entrare in casa): quantificazione costi.**

		Montascale,	Assistenza livello A
Inizio utilizzo	Mesi 2	Soluzione scelta	Soluzione scartata
Durata clinica	Mesi 58		
Durata tecnica		Mesi 240	
Tecnologia		£ 15.000.000	
Addestramento all'uso			
Costi tecnici di esercizio		£ 7.000.000	
Frequenza assistenza A			Azioni/mese 60
Durata assistenza A			10 minuti
Costo assistenza A			£ 250.000 / mese
Valore residuo		£ 7.500.000	
<b>Costo sociale</b>		<b>£14.500.000</b>	<b>£14.000.000</b>
Spesa finanziaria		£ 22.000.000	£ 14.000.000

**Progetto n.6 ( Muoversi all'esterno): quantificazione dei costi.**

		Cuscino, Bastone, Automobile	Assistenza livello A
Inizio utilizzo	Mesi 2	Soluzione scelta	Soluzione scartata
Durata clinica	Mesi 58		
Durata tecnica		Mesi 120	
Tecnologia		£ 30.130.000	
Addestramento all'uso			
Costi tecnici di esercizio		£ 26.100.000	
Frequenza assistenza A			Azioni/mese 30
Durata assistenza A			120 minuti
Costo assistenza A			£ 1.500.000 / mese
Valore residuo		£ 15.000.000	

<b>Costo sociale</b>		<b>£40.230.000</b>	<b>£87.000.000</b>
Spesa finanziaria		£ 56.230.000	£ 87.000.000

**TABELLA SPESA TOTALE**

	Totale	Intervento n.1	Intervento n.2	Intervento n.3	Intervento n.4	Intervento n.5	Intervento n.6
Tecnologia	£55.815.000	£60.000	£1.260.000	£735.000	£8.630.000	£15.000.000	£30.130.000
Addestramento all'uso							
Costi tecnici	£ 33.500.000		£200.000	£200.000		£7.000.000	£26.100.000
Assistenza livello A	£23.200.000				£23.200.000		
Spesa totale	£112.515.000	£60.000	£1.460.000	£935.000	£31.830.000	£22.000.000	£56.230.000

**NOTA:** Detrazione I.R.P.E.F. sulla spesa iniziale a carico dell'utente: £33.454.500.  
Spesa effettiva a carico dell'utente: £78.060.500.

# 11. METODOLOGIA DELLA PROPOSTA

## 11.1 Approccio con l'utente

Il progetto di reinserimento del paziente prevede uno svolgimento che parte dall'autonomia all'interno della struttura di riabilitazione, con l'obiettivo di un suo riverbero positivo all'esterno della stessa, che si traduca nella libertà di compiere quell'insieme di azioni che possono soddisfare pienamente le esigenze del vivere quotidiano.

Si articola in:

- colloquio iniziale di conoscenza reciproca generale;
- osservazione del paziente e valutazione delle sue necessità, capacità residue e caratteristiche psicologiche e ambientali;
- individualizzazione delle mete possibili e personalizzate del paziente, eventualmente scomposte in sottomete;
- analisi del livello di compatibilità, adattabilità, sicurezza, benessere ed economicità degli strumenti tecnici.

## 11.2 Modalità di erogazione

L'erogazione a carico del S.S.N delle prestazioni di ausili è subordinata allo svolgimento delle seguenti attività: prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo (v. D.M. 27.8.1999, n. 332).

1) La **PRESCRIZIONE** costituisce parte integrante di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione. Comprende:

- Una diagnosi circostanziata che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale.
- L'indicazione dell'ausilio completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione di eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;
- Un programma terapeutico d'utilizzo dell'ausilio (indicazioni, controindicazioni, modalità di verifica).

2) L'**AUTORIZZAZIONE** alla fornitura è rilasciata dall'azienda A.S.L di residenza dell'assistito, previa verifica dello stato di avente diritto del richiedente.

L'azienda A.S.L si pronuncia tempestivamente sulla richiesta di autorizzazione e comunque, in caso di prima fornitura, entro venti giorni. In caso di silenzio dell'A.S.L, trascorso tale termine, l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa.

Nel corso di un ricovero presso strutture sanitarie accreditate pubbliche o private, ubicate fuori dal territorio dell'azienda A.S.L di residenza dell'assistito, la prescrizione è inoltrata dalla Unità operativa di ricovero all'azienda A.S.L di residenza. In caso di silenzio della A.S.L, trascorsi cinque giorni, l'autorizzazione si intende concessa.

3) La **FORNITURA** dell'ausilio avviene entro i termini definiti nell'ambito delle procedure di cui agli articoli 8, comma 2 e 9, comma 1 e comunque non oltre i tempi massimi. Al momento della consegna dell'ausilio, l'assistito rilascia una dichiarazione di ricevuta, da allegare alla fattura trasmessa all'azienda A.S.L ai fini del rimborso pubblico.

4) Il **COLLAUDO** accerta la congruenza clinica e la rispondenza dell'ausilio ai termini dell'autorizzazione ed è effettuato entro venti giorni dalla data di consegna, dallo specialista prescrittore o dalla sua Unità operativa.

## BIBLIOGRAFIA

- Abreu BC: *Abilità e capacità funzionali sotto terapia occupazionale*. Roma: Marrapese, 1989
- Andrich R (a cura di): *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute, 1988
- Andrich R: *Consigliare gli ausili: organizzazione e metodologia di lavoro dei centri Informazioni Ausili*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1986
- Andrich R, Moi M: *Quanto costano gli ausili?*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1998
- Antico L et al: *Invecchiamento della popolazione: qualità della vita ed autosufficienza*. Atti dell'incontro *Realtà e prospettive dei sistemi di valutazione dell'anziano nei servizi sociali e sanitari in Italia* (Roma 27.3.1992)
- Antico L, Caretta F, Petrini M: *Vivere con le persone anziane*. A.M.R. Supplementa bibliografica n. 6 (Marzo 1990): Università Cattolica del Sacro Cuore e Regione Molise.
- ATTI del XXII Congresso Nazionale *Postura, Movimento e Gesto per l'autonomia del disabile: dall'Ergonomia alla Terapia Occupazionale*. Torino: Minerva Medica, 1994.
- Bolko P: *I mille volti della depressione*. Ed. riservata A. Menarini, 1994
- Borgonovi E, Zangrandi A: *L'ospedale - un approccio economico aziendale*. Roma: Giuffrè 1998
- Donald AN: *La caffettiera del masochista*". Milano: Giunti, 1997.
- Ferrario M: *Imparando a cambiare: esperienze per un'altra autonomia*. Milano: Pro Juventute, 1992  
Atti del Convegno Inail / Politecnico di Torino *Progettazione e barriere architettoniche* (Firenze, 20-22/10/98)
- Ivaldi I: *Ergonomia e lavoro*. Napoli, Liguori, 1999;
- Pierquin L, Andre' JM, Farcy P: *Ergoterapia*. Milano: Massion, 1992.
- Redaelli T, Valsecchi L (a cura di): *Terapia Occupazionale*. Milano: Solei Press, 1996.