

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

**Forse partiamo:
proposta di apertura di un centro per la Riabilitazione
post-acuta del Mieloleso presso l'Azienda Ospedaliera
“Maggiore della Carità” (Novara)**

UNITÀ NOVARA

CANDIDATO: Maurilio Massara

***Abstract:** La frequenza di lesioni parziali o totali del midollo spinale in seguito a traumi della colonna è molto elevata nella popolazione italiana, specie a causa incidenti stradali o sul lavoro. Da qui la necessità di attivare presso l'ASO Maggiore della Carità di Novara un centro per la Riabilitazione post-acuta del Mieloleso con 10 posti letto.*

L'elaborato contempla i progetti di ristrutturazione tenendo in considerazione tutti gli accorgimenti necessari per l'accessibilità. Sarà pertanto proposto l'allestimento di un laboratorio e di una “sala prove” dove poter valutare, provare e scegliere sia gli ausili che le modifiche da apportare e verificare presso l'abitazione.

L'ausilio e le modifiche ambientali saranno attentamente valutate dal punto di vista del rapporto costo/beneficio prima della fornitura stessa. L'intervento che sarà ovviamente multidisciplinare (fisiatri, urologi, psicologi, neurochirurgo terapeuta, ergoterapeuta ecc) verrà comunque indirizzato dal punto di vista riabilitativo al raggiungimento dell'autonomia attraverso delle linee di percorso progressivo. Punto importante sarà la scelta e fornitura di ausili per l'autonomia.

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

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

INDICE

1. Introduzione
 - I traumi vertebro midollari: necessità di trattamento
 - Le unità spinali
 - Situazione attuale a Novara
 - Inquadramento
 2. Proposta di apertura di un centro per la Riabilitazione post-acuta del Mieloleso
 - Il progetto
 - Camere di degenza
 - Bagno
 - Sala soggiorno
 - Palestra
 - Sala ergoterapia
 3. Il personale
 - Indicazioni generali
 - La formazione
 4. Protocollo per la scelta e prescrizione di ausili
 - Schema metodologico
 5. Risultati
 - Aspettative
 6. Analisi del costo
 - Quanto costano gli ausili?
 - Lo strumento SIVA/CAI
 - Quanto costa un paziente?
 - Caso esemplificativo
- Appendici
Bibliografia
Disegni

1. Introduzione

1.1 I traumi vertebro-midollari: necessità di trattamento

I traumi vertebro-midollari sono una delle cause più frequenti e drammatiche di invalidità permanente di soggetti giovani.

La frequenza di lesioni parziali o totali del midollo spinale in seguito a traumi della colonna è molto elevata nella popolazione italiana, specie a causa di incidenti stradali o sul lavoro. Nella nostra Regione si calcola un'incidenza di tali lesioni nell'ordine di 20-25 casi nuovi all'anno ogni milione di abitanti, di cui l'80% ha meno di 40 anni.

Presso l'Ospedale di Novara vi è un afflusso nettamente superiore di queste patologie sia per la rete autostradale, sia per l'elisoccorso, sia per la presenza di efficienti Divisioni di Neurochirurgia, Rianimazione e Ortopedia.

A questo numero vanno aggiunte **le lesioni mieliche da cause non traumatiche** (neoplasie, vasculopatie,...) che presentano una incidenza più difficile da quantificare, ma una gravità e un bisogno di assistenza e riabilitazione pari a quelle traumatiche.

Dopo la fase acuta inizia per questi pazienti un lungo periodo di ricovero presso strutture sanitarie specializzate nella Riabilitazione del Mieloleso, per permettere il recupero della massima autonomia personale e l'inserimento nella famiglia e nel lavoro.

La degenza presso queste strutture è indispensabile e **rappresenta da sempre una carenza nel Sistema Sanitario della Regione Piemonte**. L'unico Centro specializzato Regionale è il C.R.F. di Torino ed è in grado di accogliere un numero ridotto di mielolesi.

Oltre alla fase "acuta" vi è poi quella altrettanto importante dell'assistenza, praticamente a vita, del mieloleso.

In pratica vengono a mancare, almeno in tutto il territorio del Piemonte Orientale, i presupposti per una corretta riabilitazione del mieloleso, specie per quanto attiene a quella rete integrata di servizi che segue il paziente dalla fase acuta al reinserimento socio-familiare. (Prevista dalle Linee Guida del Ministero della Sanità e da quelle di Indirizzo Regionale per la Medicina Riabilitativa).

Da qui la necessità espressa nel Piano Sanitario Regionale per il 1998-2000 di attivare presso l'Azienda Sanitaria Ospedale Maggiore della Carità di Novara un centro per la Riabilitazione post-acuta del Mieloleso con 10 Posti Letto e 5 di DH. (P.S.R. 97-99)

Si ritiene che l'attivazione di questa nuova unità possa accogliere pazienti del Piemonte nord orientale riducendo gli spostamenti a Torino. Si suppone di riuscire a trattare circa 40 pazienti all'anno.

1.2 Le Unità Spinali

Le unità spinali sono comprese nelle strutture di "terzo livello" (PSN '94-96) che si caratterizzano per l'erogazione di attività di riabilitazione intensiva e che richiedono particolare impegno di qualificazione, mezzi, attrezzature e personale specificamente formato. Sono rivolte al trattamento delle menomazioni più gravi e delle disabilità più complesse, per il cui trattamento si richiede l'acquisizione di una adeguata esperienza o l'utilizzo di attrezzature particolarmente complesse, di avanzata tecnologia e l'integrazione con altre branche altamente specialistiche.

Sono erogate da presidi di alta specialità, secondo quanto stabilito dal DM 29/1/92.

Nello specifico, l'Unità Spinale rappresenta una struttura unipolare riabilitativa espressamente destinata all'assistenza dei soggetti con lesioni midollari di origine traumatica e non, tale da permettere ai mielolesi di raggiungere il miglior stato di salute e il più alto livello di capacità funzionali compatibili con la lesione, garantendo l'unitarietà di intervento riabilitativo rispetto a tutte le esigenze del soggetto disabile nella globalità fisica, psichica ed esistenziale della persona.

Le Unità Spinali devono far parte di un percorso attentamente coordinato che parte dal momento dell'insorgenza della lesione fino ad ottenere l'ottimizzazione dell'outcome della persona con lesione midollare.

Pertanto deve essere strettamente raccordata con i D.E.A. di 2° livello al fine di fornire la propria consulenza immediatamente dopo il trauma e durante le eventuali fasi di ricovero in Rianimazione, Neurochirurgia, Ortopedia, collaborare all'educazione e formazione del relativo personale, partecipare ai comuni protocolli terapeutici e garantire un tempestivo accoglimento del soggetto mieloleso.

L'Unità Spinale deve essere inserita in una struttura nella quale siano presenti e disponibili le specialità di cui al DM 29/1/92.

L'US è strettamente inserita nella rete complessiva dei servizi sanitari di riabilitazione di primo e secondo livello con i quali dovrà raccordarsi per il ritorno in tempi adeguati del disabile nel proprio territorio di vita garantendo il completamento del percorso riabilitativo secondo protocolli ben definiti e vincolanti. L'US ha anche il compito di fornire consulenza ai servizi di primo e secondo livello, deve fornire una adeguata informazione ed addestramento ai familiari e/o personale che effettuerà l'assistenza domiciliare relativamente alle varie problematiche del mieloleso (gestione vescicale, gestione intestinale, funzione sessuale di procreazione, cura della cute, nutrizione, assistenza respiratoria, problematiche psicologiche, assistenza ortesica e superamento barriere architettoniche)

Di grande rilievo all'interno di un percorso riabilitativo svolge quella che viene definita assistenza ortesica. Per quanto riguarda i pazienti mielolesi è possibile suddividere questo argomento distinguendo i pazienti in due gruppi: paraplegici e tetraplegici in quanto le necessità di assistenza e di ausili si evidenziano in modo diverso.

L'ausilio per eccellenza nei due quadri clinici è sicuramente la carrozzina che nel soggetto tetraplegico si può "trasformare" in sistema di postura. Tale ausilio è assolutamente "indispensabile per una autonomia completa o parziale del soggetto e non potrà essere staccato come vedremo durante la trattazione della tesi dal trattamento riabilitativo stesso ma come parte integrante sia durante che dopo la dimissione. Non è possibile pensare di rieducare o meglio di educare all'autonomia un paziente senza la tappa obbligatoria dell'insegnamento all'uso degli ausili. L'ausilio "definitivo" non potrà essere scelto prima di un periodo di trattamento ed analisi della situazione clinica.

Nel caso specifico dei pazienti tetraplegici sarà inoltre opportuno pensare alla dotazione domiciliare con letti specifici ed ausili per la movimentazione. Diversamente per i paraplegici con maggior facilità di reinserimento sociale sarà indispensabile iniziare il discorso dell'auto personalizzata.

Carrozzina, sistemi di postura, automobile e modifiche ambientali saranno sicuramente gli argomenti e i punti su cui, nel trattamento riabilitativo, dovrà essere indirizzata buona parte della nostra attività.

1.3 Situazione attuale a Novara

Attualmente il Servizio Recupero e Rieducazione Funzionale è situato presso la sede staccata dell'Azienda Autonoma "Ospedale Maggiore della Carità" al primo piano dello stabile su una superficie di mq 1300 circa di cui ora è occupata solo una parte. Il Servizio è raggiungibile tramite un accesso percorribile con automezzi e dotato di ascensore (di grandi dimensioni) **(foto 1)**.

E' in grado di ospitare 24 posti letto in 11 camere a due letti e due ad 1 letto. Percentualmente i pazienti sono principalmente postumi di interventi chirurgici ortopedici e neurolesi centrali; in minor numero traumatizzati cranici e mielolesi. Le nostre camere consentono una discreta usufruibilità degli spazi a pazienti in carrozzina, dotate di bagno singolo accessibile con lavabo senza colonna per potersi avvicinare in carrozzina e dotati di specchio a tutta parete; presenza di maniglioni reclinabili in prossimità del WC.

Il reparto presenta poi un locale molto ampio (mq 16) dove trova posto una doccia con piatto complanare alla pavimentazione, una vasca da bagno attrezzata di sollevamalai e con possibilità di regolazione in altezza, lavabo basculante Bocchi, WC con doccetta per l'igiene personale. Ogni bagno è dotato di maniglioni (di cui alcuni reclinabili) così come il corridoio.

In relazione alla tipologia di pazienti che soggiornano nel nostro reparto ci siamo dotati di un parco carrozzine in grado di soddisfare discretamente le più svariate esigenze in relazione alle varie fasi di recupero.

Precisamente:

- 16 carrozzine pieghevoli a crociera, leggere con possibilità di regolazione dell'assetto delle ruote, pedane doppie regolabili, braccioli asportabili e regolabili in altezza, ruote posteriori estraibili e ruotine per ascensore. Alcune con ruote piene (per il minor attrito per l'uso interno), altre con ruote gonfiabili (per le prove e l'uso all'esterno)
- 8 carrozzine imbottite con WC (ugualmente con meccanismo di chiusura) con possibilità di regolazione di schienale, pedane e aggiunta di prolunga per il sostegno del capo.
- 1 carrozzina tipo bascula che consente di posturare correttamente pazienti con esigenze o problemi particolari.
- 1 carrozzina elettronica con possibilità di verticalizzazione.

Particolare attenzione viene data alla ergoterapia attraverso valutazioni delle disabilità ed impostazione di trattamento e con la confezione di splint su misura o indicazione di ausili per la vita quotidiana (posate, piatti, pettini ecc) di cui abbiamo la possibilità di fare delle prove e degli allenamenti all'uso.

Tuttora durante il percorso riabilitativo vengono avviate le pratiche per l'ottenimento di invalidità civile e la prescrizione di ausili in relazioni alle evidenziate disabilità.

1.4 Inquadramento

L'Azienda Ospedaliera "Maggiore della Carità" di Novara presenta tutte le caratteristiche indicate sia nel DM 29/1/92 sia nelle Linee Guida specialistiche italiane e internazionali, per supportare una U.S.

Ciò per una serie sostanziale di elementi:

- per la presenza all'interno dell'Azienda di tutte le specialità richieste e delle capacità diagnostiche specifiche
- per la presenza dell'elisoccorso
- per la presenza all'interno dell'Azienda delle strutture Universitarie sia per gli studenti in Medicina sia per i D.U. per Infermieri Professionali e per i Fisioterapisti
- Per la preparazione specifica del personale dell'U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale di Novara che si è da sempre (1973) caratterizzata per la dotazione di posti-letto indirizzati al trattamento di gravi disabilità specie a etiologia neurologica.

Inoltre già da alcuni anni una certa percentuale di ricoverati è rappresentata da pazienti mielolesi, per i quali è già prevista l'attivazione di specifici protocolli di trattamento nella fase acuta del trauma.

Pertanto l'inquadramento generale sanitario e organizzativo è da ritenere ottimale.

Nello specifico: **Idonea allo scopo** è la struttura posta in V.le P.za d'Armi 1 in Novara, a 500 metri dalla sede centrale dell'Ospedale Maggiore. Tale sede, nel suo insieme, presenta un'ottima accessibilità dall'esterno, un ampio parcheggio, è priva di barriere architettoniche, circondata da un giardino alberato con viali percorribili anche in carrozzina. Facilmente raggiungibile in auto e collegata alla stazione ferroviaria da una linea di bus urbani. Inoltre la contiguità con l'attuale U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale permette l'utilizzo di attrezzature e personale già esistente. La contiguità con l'U.O. di Lungodegenza post-acuzie garantisce inoltre un supporto specialistico internistico efficiente e immediato.

2. Proposta di apertura di un centro per la Riabilitazione post-acuta del Mieloleso

2.1 Il progetto

Attualmente dopo varie revisioni dei lavori e delle competenze economiche dell'azienda che prevedeva inizialmente una ristrutturazione completa e sicuramente più appropriata dei locali attuali per adattarli alle specifiche esigenze, si è arrivati ad una soluzione di minima seppur temporanea attraverso l'attivazione di:

- 7 posti letto
- 5 posti letto in DH

In questo elaborato andremo a trattare esclusivamente della parte dell'unità operativa degenza con particolare interesse per gli adattamenti alla disabilità ed agli ausili di cui dotarsi per la rieducazione, addestramenti e prove.

Resterebbe del tutto invariato, e senza necessità di interventi murari, l'attuale U.O. di Recupero e Rieducazione Funzionale con 24 posti-letto.

La struttura posta sullo stesso piano del Servizio esistente occuperà la parte non utilizzata sinora con una ristrutturazione dei locali rispetto alle esigenze della tipologia di pazienti che dovrà ospitare. L'accesso al reparto sarà comune;

Il nuovo reparto partirà come precedentemente detto con 7 posti letto per arrivare poi a 10. La ristrutturazione di minima otterrà **4 camere di degenza** (3 a due letti e 1 da un letto).

All'interno è garantito l'accesso e il movimento di barelle e carrozzine e avranno una superficie minima di 21 mq x 2 persone e di 16 mq quella ad un posto letto. Servizi igienici accessibili e adattati per gravi disabilità secondo i requisiti della normativa specifica.

Bagno assistito, una sala medicazione attrezzata, uno studio medici, una stanza caposala e una per il personale infermieristico, deposito farmaci e materiale sanitario, spazio guardaroba, cucina.

Palestra di mq 60 interamente dedicata ai pazienti mielolesi che potranno però usufruire anche della attuale palestra dell'attuale Servizio.

Area per valutazione strumentale, ambulatorio e DH: due ambulatori (di cui uno per la valutazione neurofisiologica e urodinamica), una stanza per personale infermieristico e deposito materiale sanitario, una stanza x degenze DH

Area ergoterapia locale per la prova e l'addestramento all'uso di piccoli ausili e ortesi con possibilità di apertura al pubblico esterno per consulenze.

Aree di socializzazione e supporto generale: zona pranzo e soggiorno di 60 mq, sala riunioni (per l'équipe, i pazienti, i parenti, le relazioni esterne), stanza per segreteria e archivio, sala d'attesa, bagno per visitatori, bagno per personale

2.2 Camere di degenza

Arredi ed apparecchiature (Vedi piantina)

Particolare attenzione sarà dedicata agli arredi che dovranno possedere caratteristiche tali da consentire l'usufruzione da parte di pazienti mielolesi senza dimenticare le possibilità di spostamento autonomo di questi soggetti generalmente in carrozzina.

Precisamente:

- N. 7 letti lavabili e disinfettabili, a tre sezioni; con schienale, bacino, gambale e altezza variabile e regolabile mediante attuatori elettrici comandati da pulsantiera possibilmente con pulsanti ingranditi e sensibili in modo da poter essere utilizzati non solo dal personale infermieristico ma anche dal paziente stesso; con possibilità di posizione "Trendelenburg" attuabile elettronicamente. Coppia di sponde laterali scorrevoli verticalmente da agganciare a listelli in tubo a sezione ovale, guide verticali con dispositivo di aggancio alle spalle e sistema a canne di bloccaggio. Dispositivo

automatico di aggancio sponda in alzata e pulsante di sganciamento per abbassamento alle varie posizioni, altezza sponda dal piano rete non inferiore a cm. 50; con morsetto porta flebo girevole dotato di supporto stampato e asta porta flebo. Asta sollevamata girevole in tubo di acciaio cromato, con gancio portaflebo, cinghia regolabile e trapezio stampato

- N. 7 comodini con scocca stampata in un unico blocco integrale di materiale ignifugo. Sia il cassetto superiore che l'antina dovranno essere dotate per l'apertura, anche di maniglie esterne ampie.

Piano servitore stampato in metacrilato con bordo perimetrale di contenimento liquidi, regolabile in altezza, scorrevole in lunghezza e reclinabile a leggio. Colonna telescopica e struttura inferiore in acciaio cromato. Completo di molla ausiliaria di sollevamento.

- Testiera letto attrezzata con prese e pulsantiera mobile per accensione luci e campanello di chiamata con possibilità di utilizzare pulsantiere diverse e facilitate in relazione alla disabilità.
- N.3 armadietti porta indumenti, da camera, a due posti, maniglie esterne ed ampie
- N. 1 armadietto porta indumenti, da camera, ad un singolo posto con sopralzo, con le stesse caratteristiche di quelli sopra. Dimensioni armadietto cm.45x50x200H. circa. Dimensioni sopralzo cm. 45x50x65H. circa.
- N. 7 prolunghe per riporre abiti a varie altezze non raggiungibili.
- N. 4 tavoli rettangolari. Piano in agglomerato di legno rivestito in laminato plastico antigraffio, bordo perimetrale in PVC flessibile a sezione arrotondata. Dimensioni circa cm. 60x160x78H.
- N. 20 poltrone impilabili (da utilizzare anche nella zona soggiorno) struttura monoblocco in resina di sintesi complete di braccioli colorate nella massa. Dimensioni circa cm. 55x55x80H..
- N. 4 televisori di 17 pollici a colori, con supporti pensili regolabili, da muro. N.8 cuffie auricolari ad infrarossi.

2.3 Bagno (V. piantina allegata)

- Lavabo ad incasso su ampio piano in marmo per l'appoggio di oggetti personali e per l'igiene. Tubazioni e scarico alto e distanza del bordo alla parete di cm 70 per consentire l'avvicinamento delle carrozzine.
- Rubinetteria con leve prolungate
- Water con rialzi con possibilità di accesso per le manovre di svuotamento ampolla rettale
- Mensole poste a 110 cm di altezza
- Maniglione reclinabile in prossimità del water
- Porta di dimensione cm 80 con maniglia aggiuntiva
- Specchio a tutta altezza dal piano lavello

2.4 Sala soggiorno

N° 3 tavoli tondi (2 di diametro 140 cm e 1 di diametro 100) con con quattro gambe posizionate in modo da non dare intralciare l'avvicinamento in carrozzina.

Armadiatura basse accessibili ai disabili per riporre oggetti personali.

Tali pazienti avendo un lungo tempo di permanenza potranno avere più spazio libero e consentirà comunque un allenamento ed un punto di prova per i mobili di casa.

- 1 Televisore
- 1 videoregistratore
- 1 stereo

2.5 Palestra

- 3 letti per kinesiterapia con piano unico a sollevamento elettrico 200 x 100
- 1 lettino da statica a controllo elettrico sia dell'altezza sia dell'inclinazione

- 2 standing con tavolino
- 2 parallele di cui una fissa con fossa completa (quindi senza rampe per l'accesso)
- 1 spalliera
- 4 tappeti tipo Airex 200 x 125
- 1 deambulatore ad appoggio atibrachiale
- 1 deambulatore con appoggioascellare
- 1 deambulatore con tecnologia "a sospensione di peso"
- 1 deambulatore a snodo
- 1 deambulatorea due ruote e due puntali
- 1 cicloergometro a controllo elettronico per arti superiori
- 1 ercolina a parete
- 1 set completo di manubri e pesi
- 4 appoggi al suolo per esercizi al suolo
- 3 tavole propriocettive per il tronco tipo Bobath
- 5 carrozzine ad autospinta, leggere, pieghevoli, ruote grandi posteriori asportabili, piastra di regolazione assetto, schienale regolabile in altezza, gomme piene, ruotine asportabili antiribaltamento, maniglie di spinta, pedane sganciabili (2 con pedana unica e 3 doppia), braccioli regolabili ed estraibili
- 2 carrozzine basculanti con regolazione schienale, sostegno per il capo, braccioli e pedane regolabili (1 con possibilità di autospinta)
- 1 carrozzina ad autospinta con possibilità di verticalizzazione manuale
- 4 braccioli ribaltabili con possibilità di sostegno per arto superiore
- 4 cuscini a bolle d'aria comunicanti con sezioni differenziate
- 4 cuscini antidecubito con sostegno rigido e appoggio sacrale in silicone
- 2 cuscini antidecubito in silicone
- 3 sistemi di postura modulabili
- 5 cinghie a "T" con presa pelvica

2.6 Sala ergoterapia

Il locale oltre a possedere una misura tale da consentire la prova di piccoli ausili dovrà essere dotato di una ausilioteca e di attrezzature informatiche per consentire l'eventuale futura apertura all'esterno delle prescrizioni.

Dotazione informatica:

- 1 personal computer con le seguenti caratteristiche: processore Intel Pentium III 500 Mhz, Ram 64 MB, scheda video ATI, Hard disk 16 GB, Floppy disk 1,44 Mb, Monitor 17 " colori, drive CD-ROM 32X, scheda sonora Sound Blaster 16bit, altoparlanti, tastiera multimediale, mouse tipo Intellimouse
- stampante a colori a getto d'inchiostro in quadricromia.
- Scanner
- presa telefonica
- software: MS Window98, MS Office 97, Internet Explorer 4.0
- banca dati
- collegamento internet

Dotazione ausilioteca

- pinze con manico allungato
- per vari tipi di presa
- forbici a tronchese
- forbici ad appoggio
- forbice grande con molla di ritorno
- 5 posate doppie (coltello-forchetta)
- coltelli a elle

- posate con impugnature coniche
- impugnature a tubo
- voltapagine
- materiale termoplastico per confezione ortesi su misura
- bicchieri adattati

E' evidente che la presenza di tali ausili presso la nuova divisione non potrà mai essere completa ed esaustiva rispetto alle varie problematiche che si potranno verificare durante il percorso riabilitativo al momento della scelta definitiva o meglio più definitiva possibile.

E' pertanto prevista la sicura collaborazione di tecnici ortopedici che possano fare da tramite per la visione e la prova di ausili non in dotazione alla divisione.

Tale collaborazione si ritiene indispensabile soprattutto nella fase di scelta di ausili importanti quali una carrozzina. Questo permetterà di esaminare nel dettaglio le caratteristiche delle singole carrozzine in relazione alle esigenze del paziente interessato nonché di poter provare direttamente l'ausilio per una più corretta verifica della funzionalità e della capacità di utilizzarla nel migliore dei modi.

3. Il personale

3.1 indicazioni generali

Rappresenta il punto chiave dell'US !

Il bisogno di assistenza del paziente mieloleso è elevatissimo e la progettazione della sua completa copertura è condizione indispensabile per avviare un'US. Pertanto il numero del personale addetto e la sua preparazione sono la base del progetto di ogni US.

DEGENZA:

- Personale Medico (fisiatri): 1 ogni mille giornate di degenza. Nel nostro caso 2 medici
- 1 Caposala
- Personale infermieristico (comprensivi di OTA di reparto) da calcolare secondo la formula (con 600'/di' di bisogno di assistenza): (Basaglia 1996)

$$\frac{600' / 60 \times \text{numero giornate di degenza}}{1480}$$

nello specifico 15 operatori (9 IP e 6 OTA)

- Terapisti della Riabilitazione: 3 terapisti (secondo la normativa 1 ogni 2 posti-letto + 1 per Terapia Occupazionale ogni 10 Posti-letto)

personale di supporto:

1 Psicologo (a tempo parziale)
1 Assistente Sociale (a tempo parziale)
1 Personale Amministrativo

Devono essere presenti e disponibili presso la sede ospedaliera di appartenenza le seguenti consulenze mediche specialistiche e tecnologia diagnostica (oltre quella di routine):

- Neurochirurgia, Ortopedia, Medicina Interna, Neurologia, Dietologia, Pneumologia, Urologia, Andrologia, Rianimazione, Chirurgia plastica e generale, Cardiologia, Ginecologia
- Risonanza Magnetica, TAC, Neurofisiologia , Urodinamica, Spirometria

3.2 La formazione

È indispensabile prevedere un piano di formazione del personale, medico tecnico e infermieristico. Tale piano deve prevedere sia il personale specificamente addetto alla riabilitazione (U.O. Recupero e Rieducazione Funzionale) sia il personale delle altre Divisioni che forniscono opera di consulenza durante la fase riabilitativa e di intervento diretto nella fase di acuzie e di primo intervento.

In particolare si ritiene importante la frequenza presso strutture analoghe in Italia e all'estero e una diffusione delle conoscenze all'interno di tutto il personale interessato.

Sono già stati predisposti degli stages per le varie figure professionali:

una settimana di frequenza presso l'ospedale Niguarda di Milano (ore 40)
quattro IP
quattro terapisti

una settimana presso il CRF di Torino (ore 40)
una terapeuta
una IP
la caposala
un medico

una settimana presso l'unità spinale di Sondalo (ore 40)
caposala
due medici
un IP
quattro terapisti

Per la formazione del personale come indicato si è indicato un preventivo di spesa di £ 15000000 circa. Al di là della formazione professionale per la gestione di pazienti neurolesi, in relazione al fatto che la scelta e prescrizione di ausili, di modifiche ambientali saranno sempre più importanti ed impegnative sarà opportuno la frequenza di corsi di formazione mirati al perfezionamento delle proprie conoscenze e modalità di intervento sulla disabilità.

Rispetto alla posizione geografica si ritiene di poter individuare il SIVA come principale punto di riferimento per quanto riguarda eventuali aggiornamenti o consulenze. Il corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili" che il sottoscritto ha appena frequentato si ritiene possa essere di valido sostegno anche per altri operatori che presteranno servizio presso la nuova divisione in caso di nuovo corso. Altri incontri con argomenti nel settore saranno sicuramente tenuti in considerazione nella formazione del personale.

Di valido supporto sono state nel mio caso specifico la partecipazione alle manifestazioni fieristiche RHEA 97 e RHEA 99 tenutasi a Dusseldorf.

Vista l'impegno di quanto sopra descritto, è necessario prevedere lo stanziamento di un fondo apposito di ulteriori 10 milioni.

4. Protocollo per la scelta e prescrizione di ausili

4.1 Schema metodologico (vedi diagramma di flusso allegato)

Si propone di iniziare la valutazione già al momento dell'ingresso del paziente in modo da rivalutare gradualmente le modifiche della scelta per arrivare alla definitiva. Tutto ciò per poter avere un discreto lasso di tempo dopo la consegna dell'ausilio per un periodo di addestramento all'uso.

Schema metodologico:

- ingresso paziente ----- > scheda valutativa iniziale attraverso l'utilizzo di varie scale valutative motorie (FIM) (appendice 1) e dell'autonomia funzionale (appendice 2-3). Hanno lo scopo di valutare il grado di autonomia del paziente e di incominciare ad indirizzare il trattamento riabilitativo nella direzione della disabilità verso l'autonomia.
 - Scelta di ausilio provvisorio (in genere carrozzina, tavolino): ha lo scopo di consentire al paziente di ambientarsi e di incominciare a gestire la propria disabilità.
 - Riunione d'equipe per impostazione programma, previsione obiettivi, individuazione problematiche. Il programma sarà impostato ed individuato dopo confronto fra varie figure professionali (medico, terapeuta, psicologo) sempre con l'approvazione da parte del paziente stesso e dei familiari che lo circondano. Eventuale elaborazioni delle problematiche domiciliari ed individuazione possibili ausili.
 - Individuazione delle attività che creano problemi rispetto alla menomazione e ricerca della strategia per la sua eliminazione effettuata insieme al paziente ed eventualmente al parente. Tale operazione andrà effettuata dopo un periodo di rieducazione e nella visione della menomazione in fase di stabilizzazione. Solo a quadro clinico stabilizzato o meglio in previsione di una dimissione dal nostro servizio si arriverà alla prescrizione di ausili per uso personalizzato, mentre fintanto che il paziente sarà in regime protetto potrà usufruire della nostra dotazione con prove ed addestramenti per individuare l'ausilio più idoneo alla persona stessa. Il questionario contemplerà attività di vita quotidiana in relazione all'autonomia. (Appendice 4)
 - Ricerca dell'ausilio più idoneo
Questa prima fase può essere identificata come *momento progettuale* (Andrich 1996). Il momento progettuale da quanto esposto necessita quindi di:
 - analisi del problema volto ad identificare la necessità del paziente e le possibilità di soluzione con ausili od altro
 - analisi dell'obiettivo volto a verificare quali azioni verranno ad essere modificate dall'uso di un ausilio
 - analisi del paziente volto ad evidenziare le azioni da potenziare, limitare o compensare in relazione alla menomazione
 - scelta ed analisi dell'ausilio e delle eventuali personalizzazioni definito come *momento decisionale* (Andrich 1996). Momento importante in cui il team riabilitativo prende le decisioni sugli ausili da adottare nel percorso riabilitativo e, insieme alla persona ed al contorno familiare, quelli da utilizzare a domicilio. Questo momento è molto importante perché necessita di attente riflessioni, ma soprattutto necessita di sopralluoghi presso la residenza del paziente per verificare la possibilità d'uso degli ausili prescritti in particolar modo in caso di carrozzina od altri ausili quali sollevatori nel contesto ambientale del soggetto. Sopralluoghi saranno inoltre necessari per valutazioni delle barriere architettoniche che potranno o dovranno essere superate o eliminate sia a domicilio che sul posto di lavoro.
- Non va dimenticato che la decisione di prescrivere un ausilio contempla l'inizio di una pratica di fornitura a totale o parziale carico del servizio sanitario Nazionale con tutto l'iter e le responsabilità che questo compito comporta.
- Valutazione dei costi beneficio della fornitura scelta con l'utilizzo di strumenti quali il SIVA/CAI (Andrich R. 1998)

- Prova da parte del paziente e verifica della funzionalità da parte dell'operatore
- Inizio procedure burocratiche per la fornitura a carico del Servizio Sanitario nazionale se contemplato nel Nomenclatore tariffario.
- Fornitura dell'ausilio e verifica conformità definito come *momento attuativo*. E' l'acquisizione reale dell'ausilio prescritto da parte del paziente che sarebbe utile avvenire ancora durante il periodo di degenza consentendo la possibilità di verifica di congruità (che comunque permane un obbligo da parte del prescrittore) e conseguente collaudo. La fornitura dell'ausilio durante la degenza consente inoltre di usufruire di un periodo di addestramento all'uso da parte dell'equipe riabilitativa.
- Collaudo dell'ausilio
- Addestramento all'uso in ambiente ospedaliero
- Prova e verifica della adattabilità a domicilio e della possibilità e capacità d'uso a domicilio
- Verifica a distanza dell'uso e della funzionalità dell'ausilio anche in relazione a variazioni cliniche che possano intervenire definito Follow-up. Il lavoro del prescrittore e del team riabilitativo non termina con la dimissione o con la fornitura dell'ausilio prescelto. Deve infatti essere previsto un controllo del paziente o meglio dell'uso della fornitura attraverso dei controlli successivi sia presso la divisione ma possibilmente direttamente a domicilio dove l'ausilio viene utilizzato.

Tale azione consente di modificare eventuali errori di scelte fatte o di difetti di rapporto fra pazienti, ausilio e ambiente. Per poter effettuare correttamente il Followup è opportuno prevedere dei sopralluoghi direttamente sul posto di utilizzazione degli ausili e dei questionari che potranno porre delle riflessioni sulle scelte effettuate.

L'adozione e l'accettazione di un ausilio è una fase importante che necessita di tempo e "crescita" da parte del paziente. Accettare l'ausilio vuol dire accettare la propria disabilità.

Da quanto esposto si evince che il momento progettuale svolge un ruolo primario sul successo della fornitura di un ausilio. Pertanto gli operatori che avranno questo compito dovranno possedere una solida preparazione nei confronti della disabilità ed una certa dimestichezza nell'elaborazione di soluzioni e stratagemmi che consentano di portare l'individuo alla propria autonomia.

Indispensabile la possibilità di utilizzare anche dati che possono essere di valido sostegno nella ricerca e scelta di quanto offre il mercato.

Oggi tali opportunità sono notevolmente aumentate attraverso la sempre maggiore diffusione dell'uso di computer e di Internet.

5. Risultati

L'attivazione del nuovo reparto presuppone delle aspettative di risultato che giustifichino l'impegno sia economico che di risorse umane anche se ad onore del vero più che dei risultati ci si aspettano delle conseguenze a cascata.

Possiamo qui di seguito distinguere alcuni punti di particolare interesse:

- ◆ Riduzione dell'emigrazione in altre regioni per carenza di tale servizio
- ◆ Vantaggi per i pazienti del bacino di utenza e per i familiari
- ◆ Miglioramento del prodotto rispetto a queste patologie inteso come grado di dell'autonomia del paziente
- ◆ Possibilità di sensibilizzazione dell'amministrazione comunale nei confronti delle barriere architettoniche
- ◆ Aumento della qualità dei servizi
- ◆ Formazione di una collaborazione interdisciplinare nel trattamento dei pazienti mielolesi.

Alla luce di quanto esposto sinora si può concludere con la speranza che il lavoro eseguito porti realmente ad una modificazione a vantaggio dell'autonomia del paziente oltre ad una maggiore sensibilizzazione del problema disabili.

6. Analisi dei costi

6.1 Quanto costano gli ausili?

Da un primo impatto sembrerebbe una domanda facile a cui rispondere che basta sfogliare un catalogo o navigare in Internet per avere una immediata risposta. Inoltre quasi tutti i nostri pazienti sono invalidi pertanto il paziente non avrà spese per la maggior parte degli ausili.

Questo però non è corretto. In relazione alle esigenze di contenimento della spesa sanitaria ed anche in ogni caso di una corretta valutazione del costo beneficio è indispensabile tenere in considerazione questo punto.

Non è infatti sufficiente elaborare una scelta di un ausilio identificando esclusivamente il costo materiale dell'oggetto. E' necessaria una attenta valutazione anche dei contesti d'uso, delle spese di manutenzione, del costo ore uomo in caso di ausili non utilizzati direttamente dal paziente ed infine anche dei risparmi possibili in caso di fornitura dell'ausilio.

In previsione alla sicura necessità di scelta e prescrizione di ausili si è pensato di iniziare ad utilizzare una metodica di valutazione complessiva dei costi quale il SIVA / CAI (Andrich e Moi, 1998)

6.2 Lo strumento SIVA/CAI

Questo strumento è nato dopo una ricerca finalizzata che aveva come scopo di porre le basi per lo sviluppo di metodi e strumenti per valutare i benefici ottenuti dall'utente da un lato e dei costi sostenuti dalla società dall'altro come conseguenza di una scelta e prescrizione di un ausilio.

Il risultato di questa ricerca è il SIVA/CAI (SIVA Cost Analysis Instrument)

Lo strumento è composto da tre moduli:

un protocollo per la raccolta dei dati

un sistema di calcolo per l'elaborazione degli indicatori di costo

una struttura di refertazione

6.3 Quanto costa un paziente?

In un'ottica aziendale dove nulla deve sfuggire alle regole dell'economia e del controllo delle spese si possono fare dei calcoli approssimativi che arrivino a quantificare il costo medio di un paziente ospitato presso questa nuova unità.

In realtà è impossibile effettuare un calcolo seppur approssimativo del costo medio di un paziente perché nel calcolo della spesa al di là di alcuni parametri considerati fissi ne esistono altri estremamente variabili ed imprevedibili che comunque vengono a gravare sul nostro centro di costo. I punti da considerare sono:

personale medico

personale infermeristico

personale tecnico (terapista, ergoterapista)

vitto

alloggio

fornitura farmaci

consulenze specialistiche

esami di laboratorio

esami radiologici

sopralluoghi

trasporti

Pertanto per avere indicativamente il costo della degenza di un paziente si deve fare riferimento a quanto stabilito dalle tariffe regionali per unità di tale genere. La diaria giornaliera è indicata in £.891000, per cui considerando come degenza media circa tre mesi si ottiene un costo medio di £.80.000.000.

Al momento della dimissione il paziente dovrebbe essere già dotato di tutti gli ausili o modifiche che saranno necessarie alla propria autonomia. Da ciò si deduce che al di là della spesa della fornitura degli eventuali ausili non dovrebbero emergere altre spese.

Al di là del costo che può essere sostenuto dal S.S.N. è importante un'analisi del *costo sociale* (Andrich R. 1998, pag 55) del paziente al momento della dimissione. Tale conteggio dovrà sommare i valori di tutte le risorse impiegate nel processo. Tali fattori contemplano il costo puro dell'ausilio, delle eventuali modifiche ambientali, della manutenzione, delle ore di assistenza. Nel sommare tali punti verranno valutate quando possibile diverse soluzioni che tengano presente il rapporto costo-beneficio. Si sceglierà la soluzione che dia il miglior risultato possibilmente nel rispetto del costo.

6.4 Caso esemplificativo

Per completare e porre degli esempi di scelta e fornitura ausili si pensa sia possibile fare delle riflessioni su casi già trattati presso il Servizio Recupero in quanto non essendo l'unità operativa nuova ancora partita diventando quindi difficile un'ipotesi valida.

La valutazione retrospettiva sarà purtroppo piuttosto limitata e scarna non essendo state adottate a pieno le modalità descritte nella tesi.

Caso 1:

Giovanni dopo traumatismo stradale (caduta in motocicletta) trauma C4/5 all'età di 68 anni. Diagnosi di tetraplegia con presenza di minimi segni di reclutamento muscolare a livello del polso destro e delle dita senza però possibilità di utilizzo di questa capacità motoria residua.

Durante la degenza era allocato in letto articolato con materasso antidecubito a scambio d'aria. Gli spostamenti avvenivano solo con sollevamalti. La prima fornitura già durante la degenza è stata un sistema di postura tipo Bascula che gli permettesse di mantenere e controllare la posizione seduta. Il paziente presentava inoltre grossa ulcera da decubito sacrale. L'alimentazione era attraverso PEG.

Al momento della dimissione si è scelto un letto ortopedico articolato, idraulico con materasso antidecubito ad aria (di livello inferiore rispetto a quello in nostra dotazione), un sollevamalti. (la moglie integrando la spesa ha scelto un sollevamalti elettrico che la rendeva autonoma rispetto all'utilizzo di uno idraulico)

E' stato attivato l'ADI infermieristico e per un periodo ridotto l'ADI riabilitativo.

A domicilio il paziente aveva 6 gradini esterni per raggiungere l'ingresso. L'abitazione presentava spazi sufficienti per gli spostamenti sulla carrozzina fornita. E stata attrezzata a camera per il paziente una cameretta non utilizzata e quindi più agevole per il caso.

Inizialmente si era pensato di modificare l'ingresso associando ai gradini una rampa in muratura. Dopo attenta valutazione dell'iter per la sovvenzione ed il contributo, del risultato dell'opera e del reale utilizzo della stessa, il paziente con la moglie aveva deciso di non modificare l'abitazione. Scelta ritenuta tra l'altro corretta rispetto al rapporto costo beneficio perché Giovanni aveva la fortuna di avere un enorme terrazzo che circondava pressochè tutta casa da cui poteva godere di un bel giardino e quindi non modificava il beneficio ottenuto dall'affrontare la spesa per l'opera descritta.

Da quanto esposto le spese sostenute sono risultate a totale carico del SSN. Alle spese per gli ausili vanno associate le spese di assistenza sanitaria (infermiere, fornitura di pannoloni, di cateteri, di cannule tracheostomiche, di materiali medicazioni e per l'alimentazione tramite PEG). La sola integrazione di £ 700000 per il sollevamalti è stata a carico dei familiari..

Il paziente purtroppo è deceduto dopo 3 anni per setticemia.

<i>Costi sostenuti o da sostenere</i>	<i>Ipotesi adottata</i>	<i>Ipotesi scartata</i>
Sistema di postura	2800000	2800000
Letto ortopedico	1150000	1150000
Materasso antidecubito	450000	450000
Sollevatore idraulico	-----	1100000

Sollevatore elettrico	1790000	-----
Costruzione rampa	-----	7000000
Spesa di assistenza/anno	-----	2000000
Spesa assistenza infermieristica	45000000	45000000
Spesa assistenza riabilitativa	3000000	3000000
Spesa totale in 3 anni	144190000	156500000

Da quanto esposto si ritiene che la scelta effettuata ha ridotto la ritenuta inutile spesa delle modifiche ambientali e, l'apparente incremento della spesa per l'integrazione del sollevamalagi ha in realtà azzerato la spesa assistenziale. L'aggiunta di £ 700000 ha infatti eliminato una spesa di £ 6000000 che sarebbe stata sostenuta dai familiari nei tre anni considerati, con inoltre una completa autonomia di gestione della moglie. Nonostante l'esito del paziente si ritiene che le scelte fatte abbiano sortito un valido risultato dal punto di vista costi-beneficio.

Bibliografia

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

Andrich R (a cura di): *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute 1988

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

Consorzio EUSTAT: *Pronti ... via! Come scegliere l'ausilio giusto per la propria autonomia*. Milano: Commissione Europea 1999

D.M. 29/1/1992

Piano sanitario Nazionale '94-'96

Basaglia N: *Linee Guida della Società Italiana Di Medicina Fisica e Riabilitazione sulle Unità Spinali*. Giorn. Ital. Med. Riab. 1996, 3(X), 243-268

Piano Sanitario Regionale del Piemonte per il triennio 1997-1999

Appendice 1

Schema di valutazione Motoria FIM

Codice paziente

22. FUNCTIONAL INDEPENDENCE MEASURE (FIM)

L I V E L L I	7. Autosufficienza completa	SENZA ASSISTENZA	
	6. Autosufficienza con adattamenti		
	NON-AUTOSUFFICIENZA PARZIALE 5. Supervisione-predisposizioni/adattamenti 4. Assistenza minima (paziente => 75%) 3. Assistenza moderata (paziente => 50%)		A S S I S T E N Z A
NON-AUTOSUFFICIENZA COMPLETA 2. Assistenza intensa (paziente => 25%) 1. Assistenza totale (paziente => 0%)			
		INGRESSO	DIMISSIONE
Cura della persona			
A. Nutrirsi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
B. Rassettersi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
C. Lavarsi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
D. Vestirsi, dalla vita in su	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
E. Vestirsi, dalla vita in giù	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
F. Igiene perineale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Controllo sfinterico			
G. Vescica	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
H. Alvo	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Mobilità			
<i>Trasferimenti</i>			
I. Letto-sedia-carrozzina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
J. W.C.	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
K. Vasca o doccia	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Locomozione			
L. Cammino, carrozzina	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
M. Scale	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Comunicazione			
N. Comprensione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
O. Espressione	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Capacità relazionali/cognitive			
P. Rapporto con gli altri	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
Q. Soluzione di problemi	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
R. Memoria	<input type="text"/>	<input type="text"/>	<input type="text"/>
PUNTEGGIO TOTALE FIM		<input type="text"/>	<input type="text"/>

*Attenzione: non lasciare caselle bianche.
Assegnare il punteggio 1 alle attività non valutabili per motivi di sicurezza del paziente*

Functional Independence Measure - Versione Italiana. COPYRIGHT 1982. The Research Foundation of the State University of New York. UDS - code 3/2/1990
Tutti i diritti riservati. Distribuzione esclusiva SO.GE.COM Editrice srl Milano

Appendice 2

ESAME FUNZIONALE DEL PAZIENTE

Nome e cognomeetà.....
Diagnosi.....Data insorgenza
Data ricovero.....durata prevista.....

Metodo di registrazione prove ed progressi

legenda

Si = Il paziente può eseguire l'attività =10
D = Il paziente esegue l'attività con insicurezza e difficoltà = 8
Au = Il paziente ha bisogno di ausili = 6
S = Il paziente ha bisogno di supervisione = 4
A = Il paziente ha bisogno di assistenza = 2
No = Il paziente non esegue attività = 0

ATTIVITA' A LETTO	data	data
Raggiungere oggetti sul comodino		
Suonare il campanello		
Rotolarsi verso destra e sinistra		
Supino/Prono		
Prono/Supino		
Seduto/Supino		
Supino/Seduto		
Spostarsi nel letto: Destra/Sinistra		
Spostarsi nel letto: Alto/Basso		
Seduto/In piedi		
In piedi/Seduto		

IGIENE (Attività in bagno)		
Azioni i rubinetti		
Lava e asciuga faccia e mani		
Si lava i denti		
Pettina e spazzola i capelli		
Si rade, si tocca		
Si taglia le unghie mani		
Si taglia le unghie piedi		
Lava e asciuga corpo e mani		
Fa il bagno		
Fa la doccia		
Cura le funzioni vescicali		
Uso protesi (Condom raccordo sacchetto)		

VESTIRSI		
Indossare biancheria intima mutande		
Indossare biancheria intima reggiseno		
Togliere biancheria intima mutande		

Togliere biancheria intima reggiseno		
Indossare camicia		
Indossare maglia		
Togliere camicia		
Togliere maglia		
Indossare pantaloni		
Togliere pantaloni		
Mettere le scarpe		
Togliere le scarpe		
Allacciare le scarpe		
Mettere le calze cotone		
Mettere le calze nylon		
Togliere le calze cotone		
Togliere le calze nylon		
Mettere accessori		
Togliere accessori		
Mettere apparecchi/ protesi		
Togliere apparecchi/ protesi		

ALIMENTAZIONE		
Prepararsi a tavola		
Servirsi da mangiare		
Mangiare con cucchiaio		
Mangiare con forchetta		
Usare il coltello		
Versarsi da bere		
Usare il bicchiere		
Prendere medicine		
Spezzare il pane		

ATTIVITA' SPOSTAMENTI IN CARROZZINA		
Letto/Carrozzina e ritorno		
Carrozzina/Wc e ritorno		
Carrozzina/Vasca da bagno e ritorno		
Carrozzina/Automobile e ritorno		
Carrozzina/Terra e ritorno		
Carrozzina/Stazione eretta		

USO DELLA CARROZZINA		
Mettere/togliere freni		
Mettere/togliere sponde		
Mettere/togliere pedane		
Spinta in piano interno		
Slalom		
Spinta in piano esterno		
Discesa primo livello		
Salita primo livello		
Aprire e chiudere porte		

ATTIVITA' DOMESTICHE		
Aprire e chiudere antine/cassetti		
Tagliare, affettare, pelare, tritare		
Mescolare		
Maneggiare stoviglie		
Accendere fornelli e piastre		
Badare alla cottura dei cibi		

Lavare ed asciugare stoviglie		
Usare elettrodomestici		
Usare elettrodomestici		
Lavare biancheria a mano		
Stendere biancheria		
Piegare biancheria		
Usare ferro da stiro		
Cucire a mano o a macchina		
Riordinare il letto		
Spolverare		
Scopare o lavare i pavimenti		

Appendice 3

SCHEMA DI VALUTAZIONE DELL'AUTONOMIA PERSONALE

(già in uso nel nostro reparto e fornitaci da Gaia PierCarlo capo settore di ergoterapia del centro riabilitativo di Sementina – Svizzera)

legenda

100 = senza difficoltà / senza alcuna limitazione

85 = Leggera difficoltà / a volte dolori / più lentamente

75 = Grande difficoltà / forti dolori / molto lentamente

50 = Possibile unicamente con mezzi ausiliari

25 = E' richiesto l'aiuto di terzi anche se la persona stessa aiuta in parte

0 = Impossibile: l'aiuto di terzi è indispensabile

IGIENE PERSONALE	100	85	75	50	25	0	OSSERVAZIONI
Lavare e asciugare le mani							
Lavare e asciugare il viso							
lavare i denti							
Lavare e asciugare i capelli							
Lavare e asciugare la pancia							
Lavare e asciugare la schiena							
Lavare e asciugare le parti intime							
Lavare e asciugare le gambe							
Lavare e asciugare i piedi							
Pettinarsi							
Radersi							
Truccarsi							
Fare la manicure							
Fare la pedicure							
Entrare in una doccia							
Entrare in una vasca da bagno							
Farsi il bagno							
Andare al gabinetto							
Pulirsi							
Controllare la pelle							
VESTIRSI E SVESTIRSI							
Indossare mutande							
Indossare un reggiseno							
Infilare un paio di calze							
Indossare una camicia							
Indossare un pullover							
Allacciare e slacciare i bottoni							
Indossare una gonna							
Indossare un paio di pantaloni							
Chiudere e aprire una cerniera lampo							
Mettersi /togliersi le scarpe							
Indossare una giacca							
Allacciarsi le scarpe							
Mettere una sciarpa							
Mettere il cappello							
MANGIARE E BERE							
Tagliare							
Mangiare con le mani							
Mangiare con le posate							

Bere da un bicchiere							
Bere da una tazza							
Servire da mangiare							
Servire da bere							
CUCINARE							
Preparare una colazione							
Apparecchiare una tavola							
Aprire e chiudere un rubinetto							
Strizzare uno straccio							
Lavare i piatti							
Asciugare i piatti							
Preparare la verdura							
Tagliare il pane							
Portare una pentola							
Aprire il tappo di una bottiglia							
Aprire il coperchio di un barattolo							
Aprire una scatola di latta							
Rimestare							
Aprire un cassetto							
MOBILITA'							
Andare a letto							
Girarsi nel letto							
Coprirsi con le coperte							
Sedersi nel letto							
Alzarsi dal letto							
Alzarsi in piedi							
Stare in piedi							
Sedersi							
Stare seduto							
Camminare in piano							
Camminare in salita							
Camminare in discesa							
Entrare in automobile							
Guidare l'automobile							
Utilizzare un mezzo pubblico							
LAVORI DOMESTICI							
Rifare il letto							
Spolverare							
Passare l'aspirapolvere							
Lavare a mano							
Lavare in lavatrice							
Stendere i panni							
Stirare							
Pulire le finestre							
Fare la spesa							
Cucire a mano							
Cucire a macchina							
TEMPO LIBERO							
Azionare un interruttore							
Raccogliere un oggetto da terra							
Prendere un oggetto in alto							
Portare un oggetto pesante							
Girare una chiave							
Tagliare con le forbici							
Aprire un pacco							
Aprire e chiudere una finestra							

Giocare a carte							
COMUNICAZIONE							
Parlare							
Leggere							
Girare una pagina							
Scrivere							
Scrivere a macchina							
Aprire una busta							
Chiudere una busta							
Telefonare							
Utilizzare radio/TV							

Appendice 4

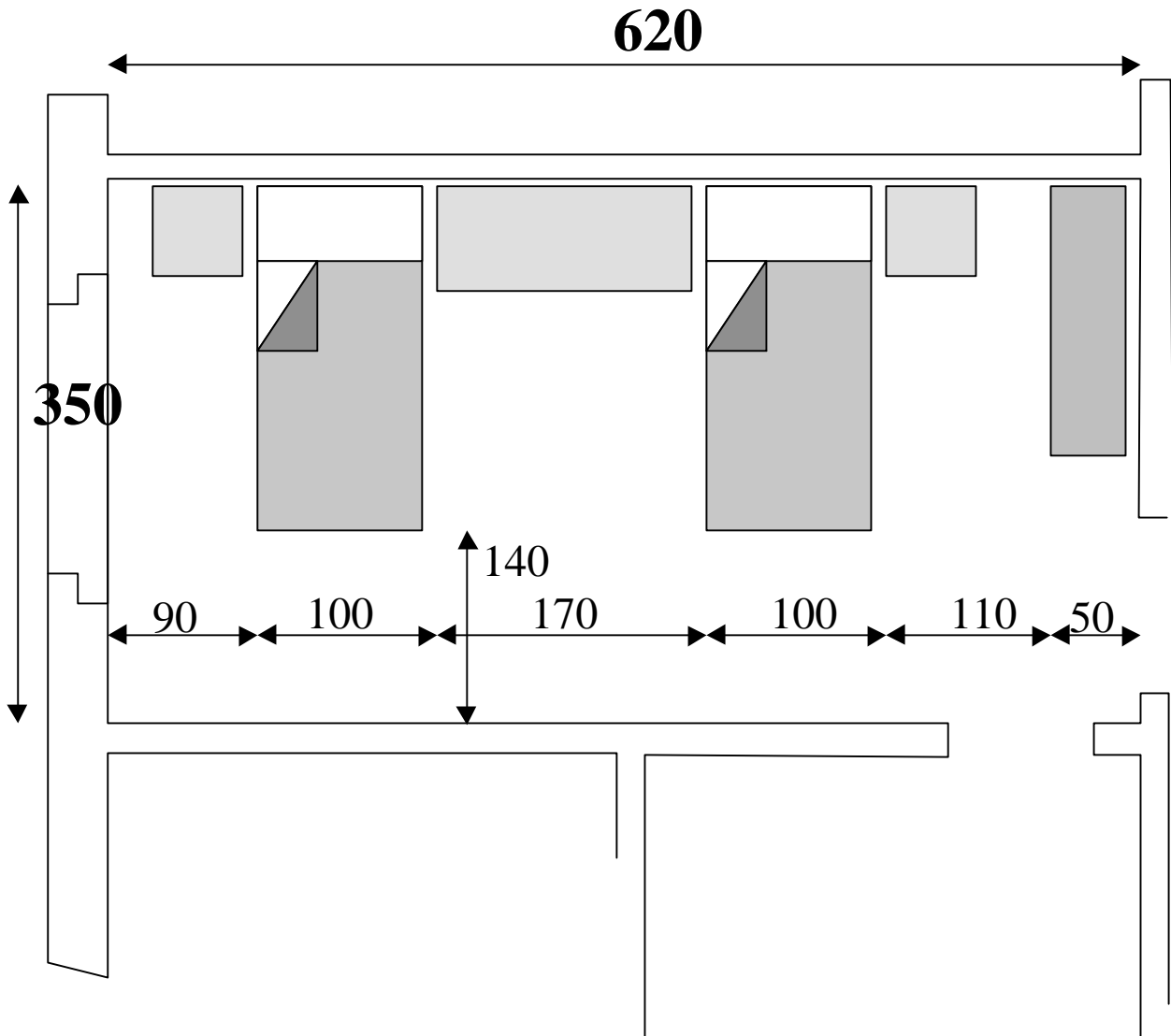
Proposta di questionario per l'individuazione delle esigenze e problematiche quotidiane incontrate dal paziente e/o dall'assistenza (parente o non)

Attività:

Spostarsi in casa	_____
Spostarsi fuori casa	_____
Alzarsi e rimettersi a letto dal letto	_____
Usare il bagno	_____
Igiene personale	_____
Vestirsi e spogliarsi	_____
Preparare il pasto	_____
Consumare il pasto	_____
Pulizia della casa	_____
Fare acquisti	_____
Fare attività hobbistica	_____
Guardare la televisione	_____
Usare il computer	_____
Altro	_____

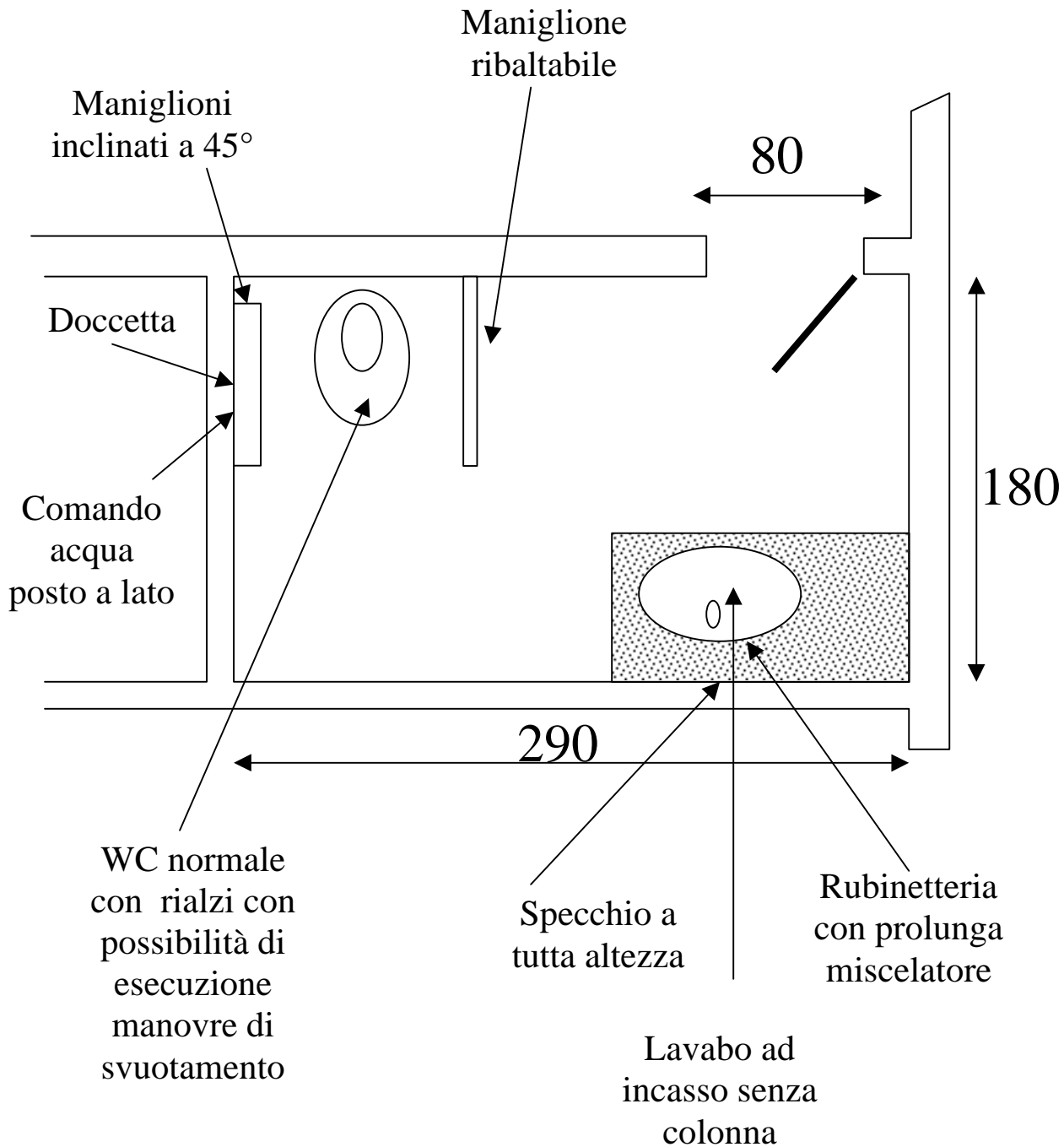
Disegno 1

Camera di degenza:
sono indicate misure e posizionamento arredi



Disegno 2

Bagno: sono indicate misure e posizionamento dei sanitari



Protocollo di scelta e prescrizione ausili

