

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

Riorganizzazione del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili dell'A.S.L. 11 / Santhià

APA ASL SANTHIA'

CANDIDATO: Ricupero Cristina Rosa

***Abstract.** Oggetto della Tesi è un progetto di riorganizzazione del sistema di fornitura degli ausili creando un Servizio di Assistenza Protesi e Ausili per la Degenza di Riabilitazione del Presidio Ospedaliero di Santhià (VC) e per il pubblico di quel Distretto sotto la giurisdizione dell'A.S.L. 11. A partire da risorse umane e materiali già esistenti si istituisce una codifica delle procedure di intervento con l'inserimento di strumenti di lavoro e di un laboratorio di prova dell'ausilio. Il risultato porta ad un minore spreco di risorse umane e materiali per l'A.S.L. 11 con una maggiore capacità di soddisfare i bisogni dell'utente nell'ottica di una integrazione tra percorso riabilitativo e percorso di autonomia della persona.*

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

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

1. Introduzione

La possibilità di frequentare questo corso ha messo in luce i numerosi difetti dell'iter che gli operatori dell'Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale del Presidio Ospedaliero di Santhià adottavano per fornire ausili ai disabili sia ricoverati sia ambulatoriali. Al paziente degente ad esempio veniva prescritta una semplice carrozzina pieghevole o rigida senza prima una valutazione della sua postura seduta, senza la possibilità di provare qualche ausilio e scegliere o fargli scegliere quello più rispondente alle sue esigenze. Si era perso di vista che al centro di ogni progetto riabilitativo, o meglio educativo, vi è la persona ed il suo ambiente familiare, lavorativo, sociale.

E' nata così la voglia da parte della sottoscritta (medico Fisiatra) di riorganizzare il sistema di fornitura degli ausili nell'ottica di dare ai pazienti ricoverati una risposta migliore rispetto alle loro necessità, coerente con il progetto riabilitativo in atto durante il ricovero e dopo la dimissione, compatibile con le risorse umane già esistenti.

Per una scelta più mirata e consapevole dell'ausilio risulta chiaro che è necessario migliorare la fornitura degli ausili con: 1) una maggiore conoscenza degli ausili stessi da parte degli operatori e 2) una codifica delle procedure di intervento fino ad ora assenti.

Dare all'utenza risposte più adeguate ai propri bisogni comporta per l'Azienda una ottimale razionalizzazione delle risorse economiche e professionali con una indubbia riduzione delle spese. Un ausilio non idoneo tenderà ad essere non usato e porterà la persona ad una continua ricerca di qualcosa d'altro e ad una ulteriore spesa. E' necessario pertanto introdurre criteri di efficacia ed efficienza nella gestione delle risorse disponibili al fine di ottimizzare il rapporto tra risorse impiegate e risultati ottenuti nel progetto di autonomia dell'utente.

Modello di riferimento è stato il SIVA di Milano: sua è la definizione di Centro Informazione Ausili quale "nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione di informazione nel settore degli ausili, nonché di dare supporto professionale personalizzato alla persona disabile, ai suoi familiari e agli operatori che la hanno in carico nel momento di affrontare le prospettive di autonomia, o di miglioramento della qualità della vita, che possono beneficiare dell'uso di ausili." (Andrich R, 1996: pg.7). In questa definizione si distinguono cinque parole-chiave definite dal SIVA che racchiudono nel loro significato l'essenza stessa del progetto:

- 1) Centro: un ufficio dotato del materiale e delle strutture che consentano l'attività e ove l'utente possa accedere;
- 2) Informazione: azione che fornisca all'utente quegli elementi che lo mettano in grado di assumere decisioni e intraprendere iniziative;
- 3) Ausili: gli strumenti e i supporti tecnologici che facilitino la persona disabile nella propria riabilitazione, autonomia e integrazione sociale;
- 4) Nucleo di Competenza: una risorsa umana, ossia un nucleo di operatori professionalmente competenti nella materia e in possesso di un solido metodo di lavoro;
- 5) Autonomia: impostazione di vita che valorizza al massimo le risorse funzionali e intellettuali della persona e permetta, anche con l'aiuto di supporti tecnici, sociali e umani, di accedere il più possibile alle stesse opportunità rispetto alle persone normodotate.

Diverse sono state le difficoltà incontrate per la realizzazione del progetto: innanzitutto l'inserimento di una metodologia di lavoro nuova e diversa all'interno della routine settimanale degli operatori della Degenza di Riabilitazione standardizzata ormai da anni; inoltre non bisogna dimenticare la scelta in prima persona degli operatori partecipanti al progetto di spendere una

parte del proprio tempo, qualche volta anche al di fuori dell'orario di servizio, per dare supporto professionale personalizzato alla persona disabile, ai suoi familiari ed agli operatori che l'hanno in carico.

La difficoltà di reperire il materiale informativo è stata superata grazie alle notizie raccolte in questo corso di perfezionamento ed alla possibilità di usufruire della Banca Dati sugli Ausili SIVA di recente a disposizione nella Azienda.

Grazie alla presenza in Reparto di ausili precedentemente acquistati ed alla collaborazione di alcuni Tecnici Ortopedici è stato possibile iniziare un "laboratorio" di prova e, per i pazienti ricoverati, un addestramento all'autonomia.

Complessivamente è stata una esperienza ricca di soddisfazioni per il paziente e per l'operatore della riabilitazione. Ora ogni progetto riabilitativo ha al centro l'uomo nella sua interezza e complessità e l'operatore della riabilitazione lavora con lui alla conquista di *un'autonomia diversa* come dice M. Ferrario. *"L'autonomia è una conquista. Una conquista giornaliera, che costa enormi fatiche e sacrifici. E' uno stato mentale nel quale bisogna cercare di entrare, è una situazione che deve crescere e maturare.*

Sapere chi si è, ricercare degli aspetti di sé, interpretarli e capirli, fare partecipi gli altri delle proprie conquiste e conoscenze, saper riconoscere ed affrontare le proprie debolezze, le proprie carenze: ecco la vera autonomia.....convivere cioè con una negatività legata alla forma patologica che è sempre presente, ma riuscire a voler trovare dentro di sé la forza per andare avanti.....un'autonomia diversa, qualitativamente migliore, che esamini e comprenda tutte le sfaccettature dell'uomo nella sua interezza" (Ferrario M, 1992: pgg. 3-4).

2. Contesto

L'A.S.L. 11, in Piemonte, è costituita da 4 distretti: Vercelli, Santhià, Gattinara e Borgosesia con Varallo. Vercelli è Capoluogo di Provincia. La Provincia di Vercelli conta 86 Comuni su una superficie di 2.088 kmq. Ha una collocazione geografica particolare in quanto è una striscia di territorio molto stretta che si estende dal sud, la Pianura Padana, al nord, la Valsesia con le sue Alpi (Figg. 1-2).

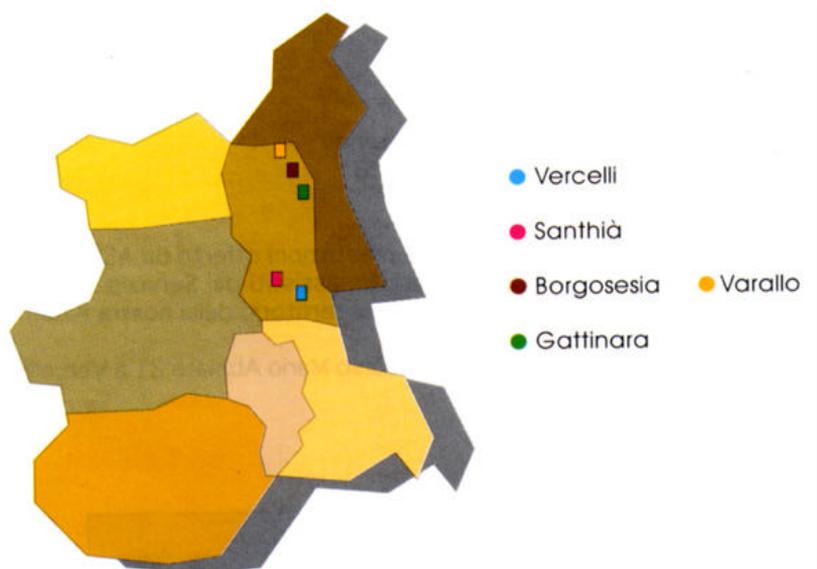


Figura 1: A.S.L. 11 e suoi Distretti

Gli abitanti della Provincia sono circa 180.800 con una densità di circa 87 per kmq. Vercelli da sola conta circa 48.500 abitanti, Santhià circa 9.300. Gli assistiti dell'A.S.L. 11 sono al momento circa 179.400 in quanto alcuni Comuni pur essendo in provincia di Vercelli sono sotto la giurisdizione di A.S.L. confinanti.

3. Bacino d'utenza

In ogni distretto esiste un Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale (S.R.R.F.) a cui afferisce la popolazione locale ed in cui settimanalmente il medico che gestisce l'Ambulatorio specialistico fisiiatrico si occupa della valutazione, prescrizione e collaudo ausili. Tutti questi Ambulatori di Riabilitazione sono coordinati da un unico Primario. L'utenza totale media è composta per circa il 60 % da soggetti affetti da patologia artrosica, per circa il 30 % da soggetti con patologie di natura ortopedica e per circa il 10 % da pazienti affetti da patologie di etiologia neurologica. In media al mese le valutazioni protesiche effettuate per l'utenza esterna sono: a Vercelli n° 95, a Gattinara n° 30, a Santhià n° 38, a Borgosesia n° 70.

Nell'ambito della A.S.L. 11 solo a Santhià il Presidio Ospedaliero S. Salvatore dispone di 24 posti-letto di R.R.F. per un trattamento riabilitativo intensivo.

Le attività di riabilitazione sono articolate in una rete di servizi di carattere ospedaliero ed extra-ospedaliero che richiede connessione e sinergia delle differenti prestazioni per l'obiettivo del recupero funzionale e sociale. La fase della riabilitazione acuta o di tipo intensivo è caratterizzata da interventi valutativi e terapeutici intensivi. E' collocata nella cosiddetta fase dell'immediata post-acuzie della malattia, quando l'intervento riabilitativo può positivamente influenzare i processi biologici che sottendono il recupero, contenendo e riducendo l'entità della menomazione e quando la disabilità è maggiormente modificabile; tale fase può essere necessaria anche in situazioni di riacutezza e recidive dell'evento patologico. Le strutture di riabilitazione intensiva ospedaliera sono destinate alla presa in carico multicomprendiva e ad assistere individui di tutte le età nel recupero funzionale di menomazioni e disabilità indifferibili e recuperabili di varia natura e gravità tale da rendere necessaria una tutela medica ed interventi di nursing ad elevata specificità articolati nell'arco delle intere 24 ore nonché di interventi valutativi e terapeutici intensivi (non meno di 3 ore di trattamento riabilitativo specifico giornaliero) non erogabili in forma extra-ospedaliera.

Presso la Degenza Riabilitativa di Santhià sono stati effettuati 190 ricoveri nell'ultimo anno. Di questi, 126 sono state donne e 64 uomini. L'età media è stata di 77 anni. Essendo una struttura di secondo livello (intensiva) effettua i propri interventi riabilitativi su disabilità complesse, secondarie a patologia neurologica, ortopedica, traumatologica, reumatologica. I pazienti con diagnosi neurologica sono stati 79, quelli con diagnosi ortopedica 111: nella suddivisione in percentuale delle malattie che necessitano di trattamento riabilitativo intensivo, il 60 % sono di natura ortopedica, il 40 % sono di tipo neurologico (Tab. 3.1).

PATOLOGIA NEUROLOGICA	N° PAZIENTI	PATOLOGIA ORTOPEDICA	N° PAZIENTI
Emiparesi destra	25	Protesi anca	58
Emiparesi sinistra	34	Protesi ginocchio	28
Paraparesi	4	Postumi int. per fratture	23
Tetraparesi	5	Amp. 3° medio coscia	1
Sclerosi Multipla	3	Sciatalgia	1
Postumi trauma cranico	6		
Atassia cerebellare	1		
M. di Richardson	1		

Tabella 3.1 Tipologia di pazienti ricoverati nell'ultimo anno presso il S.R.R.F. del P.O. di Santhià

4. Il progetto

4.1 Situazione iniziale

Prima della messa in opera di questo progetto l'assistenza protesica alla popolazione locale tramite l'ambulatorio settimanale ed ai pazienti ricoverati nella Degenza Riabilitativa di Santhià, era a mio avviso di qualità modesta.

Un sistema di assistenza protesica di qualità dovrebbe essere:

- 1) accessibile: non solo da un punto di vista economico ma anche per tutte le età e disabilità, facilmente comprensibile, facilmente raggiungibile sia come tempi di attesa che come ubicazione;
- 2) competente: gli operatori devono avere conoscenze, abilità ed esperienze necessarie per rispondere ai bisogni dell'utente; a volte può essere necessario un approccio multidisciplinare;
- 3) coordinato: tutte le componenti del sistema devono lavorare in maniera coordinata per soddisfare realmente i bisogni dell'utente;
- 4) efficiente: deve essere in grado di fornire le migliori soluzioni possibili per la maggior parte degli utenti con le risorse disponibili a minimo costo e nel minor tempo possibile;
- 5) flessibile: deve sapersi adattare ai cambiamenti dovuti al progresso sia in campo tecnologico che nella ricerca medica;
- 6) influenzabile: l'utente può e deve, anche quando non motivato e consapevole, partecipare attivamente al cammino che porta alla scelta della sua autonomia.

Diverse erano le cause che contribuivano a mantenere una assistenza protesica insufficiente a rispondere ai bisogni degli utenti:

- 1) Scarsa conoscenza da parte degli operatori degli ausili tecnici presenti sul mercato:

se l'assistenza protesica è *“l'insieme dei processi che agiscono da intermediari tra i bisogni di una persona con disabilità o menomazione, e le risorse o le tecnologie esistenti”* (Andrich R, 1996: pg. 9), è necessario che almeno il medico prescrittore abbia una ampia ed aggiornata conoscenza del cosiddetto **assistive device**: termine usato per identificare *“qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico di produzione specializzata o di comune commercio, utilizzato da una persona disabile per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, disabilità o handicap”* (Standard EN ISO 9999; Versione 1994).

- 2) Assenza di organizzazione nelle procedure dell'assistenza protesica:

una assenza di codifica delle procedure di intervento è alla base della disorganizzazione e della assenza di controllo, anche burocratico, del processo che porta alla assegnazione di un ausilio.

- 3) Assenza di prova dell'ausilio, anche per i pazienti ricoverati, prima della prescrizione:

la valutazione incompleta di un problema porta inevitabilmente alla fornitura di ausili impropri o alla messa in atto di modifiche ambientali inopportune.

- 4) Assenza di personalizzazione delle risposte tecniche ai bisogni del disabile:

un **progetto riabilitativo individuale** può essere elaborato dal **team riabilitativo** solo se tiene conto in maniera globale dei bisogni del singolo paziente, delle sue menomazioni, disabilità ed abilità residue, nonché dei limiti imposti dalle situazioni ambientali e dalle risorse disponibili.

5) Assenza di volontà di scelta dell'ausilio da parte del disabile:

la partecipazione attiva della persona che adotterà l'ausilio nel processo di scelta, la rende una preziosa collaboratrice *“in grado di acquisire dall'esperienza quotidiana di utilizzo dell'ausilio competenza di operatore, di aprire i propri orizzonti sulle sue opportunità di integrazione sociale, di esplorare nuove acquisizioni di autonomia e di proporre quindi ulteriori azioni e soluzioni”* (Andrich R, 1996: pg. 17).

6) Assenza di verifica a distanza del risultato della prestazione effettuata:

riuscire a verificare se l'obiettivo prefissato è stato raggiunto permette a distanza di apportare modifiche, di crescere e migliorare nell'ambiente lavorativo e personale.

7) La disinformazione della popolazione in generale sul mondo del disabile:

la *“decisione di volere autonomia è una scelta di vita, ancor più quella di voler esercitare una presenza attiva nella società; l'operatore non può mai imporre delle scelte ma con appropriata informazione può promuoverle o facilitarle; prima della prescrizione ci vuole l'orientamento, il consiglio e la formazione dell'utente”* (Andrich R, 1996: pg.17).

4.2 Obiettivi del progetto

Gli obiettivi di questo progetto nascono dalla scelta da parte dell'equipe riabilitativa di svolgere sempre meglio il proprio lavoro: il mondo degli ausili fino a questo momento è stato mal gestito e bisogna porvi rimedio senza ulteriori spese economiche insostenibili da parte di una Azienda con già molti problemi. L'unica strada possibile è la riorganizzazione di tutto il sistema di valutazione e prescrizione ausili. Diversi sono i problemi da risolvere:

- 1) aumentare la conoscenza degli ausili tecnici almeno da parte di qualche componente dell'equipe riabilitativa che diventa il punto di riferimento;
- 2) creare un protocollo di intervento da seguire per la valutazione e prescrizione di ausili sia per i pazienti ricoverati sia per gli utenti esterni;
- 3) raccogliere e ordinare tutti gli ausili già presenti in Reparto in un locale da cui poterli prelevare per effettuare prove con il paziente ricoverato o l'utente esterno;
- 4) creare una scheda di valutazione dei bisogni dell'utente che tenga conto non solo della sua disabilità o menomazione ma anche del contesto familiare, ambientale e sociale;
- 5) rendere il disabile più partecipe nella scelta di un ausilio e nella soluzione di un suo problema;
- 6) verificare a distanza i risultati con una scheda di follow-up;
- 7) accrescere nella popolazione l'informazione sui servizi per i disabili ed i loro diritti.

Come operatore della riabilitazione il fine ultimo del mio lavoro è far sì che la persona in trattamento raggiunga una autonomia nelle comuni attività della vita quotidiana. Frequentando il Corso SIVA, è emersa la consapevolezza che in realtà l'obiettivo finale è accompagnare la

persona disabile lungo un processo di crescita personale, *“una ristrutturazione personale, ossia la costruzione di una nuova relazione con sé, con gli altri e con l’ambiente”* (Consorzio EUSTAT, 1999: *“Tecnologie per l’autonomia...”* pg. 22). Questo deve accadere soprattutto per i pazienti ricoverati in una Degenza Riabilitativa quale quella presente nel Presidio Ospedaliero di Santhià. Quando è il disabile che prende una decisione in merito ad un ausilio per risolvere un suo problema, è facile che tale ausilio venga accettato come parte di sé. E’ importante che l’equipe riabilitativa si ponga come obiettivo di aiutare la persona disabile a compiere quel processo di crescita personale che porta la persona con disabilità a sviluppare l’*“autonomia”*, cioè l’*“empowerment”*: *“un processo attraverso il quale una persona acquisisce potere, non in termini formali ma nel senso della libertà di compiere le proprie scelte e perseguire obiettivi autodeterminanti”* (Consorzio EUSTAT, 1999: *“Tecnologie per l’autonomia...”* pg. 22).

Bisogna portare i pazienti ad acquisire la capacità di identificare i loro bisogni, fissare obiettivi, formulare progetti per poi conseguirli e mettere in atto le azioni necessarie per realizzarli. Non è un lavoro facile da parte degli operatori della riabilitazione né si può pensare che possa esaurirsi nel tempo del ricovero.

4.3 Articolazione del progetto

La riorganizzazione del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili – A.S.L. 11 – Santhià consta di 4 momenti.

4.3.1 Composizione dell’equipe

In una realtà non molto vasta come la nostra al momento occorrono:

- n° 1 Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione abilitato alle prescrizioni di protesi e ausili e responsabile del Servizio;
- n° 1 Terapista della Riabilitazione che scelga di dedicare parte del suo tempo alla valutazione e prova degli ausili.

Il medico Fisiatra (la sottoscritta) e la Terapista della Riabilitazione che partecipano al progetto possono ampliare la loro conoscenza degli ausili tecnici grazie a questo corso di perfezionamento *“Tecnologie per l’autonomia e l’integrazione sociale delle persone disabili”*. Per la Terapista il corso rientra tra quelli di formazione del personale per l’anno 2000 scelti dal Primario ed approvati dall’Area di Formazione dell’Azienda. Il Medico ha fatto un investimento personale decidendo di frequentare questo corso durante le cosiddette *“ore non assistenziali”* che l’Azienda concede ogni anno in numero di 200.

4.3.2 Logistica del Servizio

Occorre allocare il Servizio presso il Presidio Ospedaliero di Santhià dove vi è la Degenza Riabilitativa. In tale area sono necessari:

- n° 1 locale per istituire l’Ambulatorio di Assistenza Protesi e Ausili per l’utenza esterna, dove poter effettuare riunioni con il resto dell’equipe riabilitativa per risolvere eventuali problemi di autonomia del degente, dove porre in una libreria cataloghi ed altro materiale riguardante gli ausili e l’archivio delle consulenze effettuate.
- n° 1 locale di maggiore ampiezza dove collocare tutti gli ausili in dotazione al Reparto per poterli scegliere e prelevare in caso di prove con l’utente.

- n° 1 locale per le prove degli ausili.

4.3.3 Gestione del Servizio

Responsabile del Servizio è il medico Fisiatra con la collaborazione della Terapista della Riabilitazione. Entrambe si staccano dalla normale routine di Reparto per occuparsi, con modalità definite, della valutazione e prescrizione di ausili.

Una volta alla settimana la Fisiatra continua ad occuparsi delle richieste di routine provenienti dalla utenza esterna.

Una volta alla settimana la Fisiatra e la Terapista della Riabilitazione si dedicano alla valutazione ed alle prove degli ausili con i pazienti ricoverati e con gli utenti esterni che sono stati dirottati in questo appuntamento per la complessità dei bisogni presentati e delle soluzioni possibili.

Il Servizio è collegato con gli Ambulatori di Recupero e Rieducazione Funzionale degli altri Distretti che compongono l'A.S.L. 11 per fornire consigli a chi li gestisce ed eventuali appuntamenti di prova agli utenti.

E' possibile inoltre consultare la Banca Dati SIVA presente all'interno dell'A.S.L. 11 presso l'Ambulatorio ALI nel S.R.R.F. del Presidio Ospedaliero di Vercelli (a 20 km di distanza da Santhià). L'Azienda 11 infatti partecipa al progetto regionale ALI (Ausili Leggi Informazioni) volto a migliorare la qualità di vita delle persone disabili ed il loro livello di integrazione attraverso le nuove tecnologie. Grazie a fondi messi a disposizione dalla Regione Piemonte per tali scopi è stato possibile acquistare la Banca Dati SIVA e far partecipare il medico Fisiatra che si occupa del progetto ALI a questo corso di perfezionamento.

4.3.4 La verifica delle attività

Il controllo della qualità del Servizio è possibile fin dall'inizio per i pazienti degenti con le riunioni di equipe (cioè con il restante personale del Reparto), che settimanalmente vengono effettuate per analizzare le problematiche presenti, le soluzioni adottate, i risultati ottenuti. In tal modo è possibile acquisire esperienza e verificare l'efficacia della metodologia di lavoro impostata.

Sempre per i pazienti degenti ma anche per gli utenti esterni è un utile strumento di verifica delle attività l'organizzazione di un archivio cartaceo con le consulenze effettuate da poter esaminare a posteriori sia per necessità di confronto che per bilancio di fine anno.

Per tutti gli utenti del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili, specie quando la consulenza ha richiesto un notevole dispendio di energie per risolvere bisogni di diversa natura, è possibile verificare se la soluzione proposta è stata effettuata e se si è dimostrata efficace con un follow-up a distanza.

4.4 Relazione tecnica

4.4.1 Logistica e procedure

Il Servizio ha una collocazione logistica nel Presidio Ospedaliero S. Salvatore di Santhià al 2° piano dove è presente il Reparto di Riabilitazione della Azienda.

Una stanza di m 5 x 3, annessa alle palestre del Reparto, può essere utilizzata per svolgere l'attività di consulenza sugli ausili. Nell'armadio lì presente si possono disporre in ordine di argomento i cataloghi sugli ausili già presenti ma in maniera sparsa in Reparto. Sempre in tale stanza è possibile conservare l'archivio cartaceo delle consulenze effettuate o in corso ed il materiale di follow-up. Sono inoltre presenti un telefono, un personal computer ed un lettino da visita.

Una stanza di m 6 x 6 è collocata nello stesso corridoio e può essere utilizzata come deposito degli ausili in dotazione al Reparto: da lì possono essere facilmente prelevati, mostrati al paziente o all'utente ed anche fatti provare.

Le tre palestre del Reparto che si affacciano allo stesso corridoio, possono essere usate come locali di prova dell'ausilio.

Le richieste di consulenze che arrivano al Servizio sono di 2 tipi a seconda dell'utente: interne all'Ospedale ed esterne.

L'ambulatorio per gli utenti esterni è gestito dalla Fisiatra il lunedì di ogni settimana dalle ore 14.00 alle ore 16.00. I soggetti vi accedono dopo essere passati dall'Ufficio Protesi e Ausili del Distretto di Santhià (ubicato nella palazzina accanto all'Ospedale) dove l'impiegata verifica l'esistenza delle condizioni per avere diritto al presidio tramite il S.S.N.. Nella maggior parte dei casi occorre un'unica seduta di consulenza, senza l'intervento della Terapista in quanto si tratta di richieste molto semplici o di rinnovo di sussidi in uso (ad esempio plantari, calzature). In qualche caso può essere necessaria una consulenza più elaborata. Occorre allora seguire la metodologia di lavoro adottata per i pazienti ricoverati.

Ogni settimana, il venerdì dalle ore 8.30 alle ore 12.30 il medico Fisiatra e la Terapista della Riabilitazione dedicano il loro tempo alle problematiche relative all'autonomia della persona e ad eventuali prove pratiche.

L'utente può rivolgersi ad un Tecnico Ortopedico di sua scelta per la fornitura degli ausili: con alcuni di essi vi è un rapporto di fattiva collaborazione con il Servizio e vi è la disponibilità a portare in visione diversi ausili e far provare diverse soluzioni per lo stesso paziente al fine di ottenere la più idonea al caso.

E' possibile inoltre consultare la Banca Dati SIVA a Vercelli: il mercoledì di ogni settimana il medico Fisiatra svolge la sua attività lavorativa presso il Presidio Ospedaliero di Vercelli e può disporre dell'Ambulatorio ALI presente presso il Servizio di Riabilitazione (per urgenze in qualsiasi giorno della settimana è possibile accedere a tale Servizio).

Per i pazienti ricoverati la richiesta di ausili arriva al Servizio ad opera della Terapista che segue il disabile o dal Fisiatra che nello svolgimento del progetto riabilitativo individuale scopre le necessità di autonomia del malato. Qualche volta sono i familiari che effettuano delle richieste o è il paziente stesso che si rende consapevole di un suo problema e chiede consiglio a chi lo cura sulle possibilità di risolverlo (quest'ultima evenienza è abbastanza rara nella nostra realtà).

4.4.2 Protocollo di lavoro

La scelta, l'adozione e l'adattamento all'ausilio sono da un lato parte integrante del progetto riabilitativo, dall'altro parte del processo di responsabilizzazione della persona che diventa artefice della sua autonomia.

La presa in carico del paziente comporta l'avvio di un processo che consta di 4 momenti.

Il primo passo è il "momento progettuale": insieme con gli altri operatori della riabilitazione, con la persona disabile ed eventualmente i suoi familiari si studiano le possibili soluzioni dei problemi di autonomia presentati, si individuano gli ausili appropriati ed eventuali personalizzazioni. Vi si distinguono:

- 1) una analisi preliminare per stabilire la natura del problema;
- 2) una analisi delle azioni per distinguere all'interno delle varie attività le azioni che possono beneficiare dell'uso di un ausilio;
- 3) una analisi funzionale che aiuta a selezionare nell'ambito di ciascuna azione quali funzioni residue rafforzare, sostituire, compensare, valorizzare;
- 4) una individuazione degli ausili esistenti in grado di risolvere il problema;

5) eventuale personalizzazione dell'ausilio scelto.

Per agevolare questo momento è stata adottata una scheda di valutazione dei bisogni dell'utente che viene compilata dagli addetti al Servizio di Assistenza Protesi e Ausili.

Il secondo passo è il "momento decisionale": vengono scelti gli ausili e le strategie di utilizzo. Nella scelta dell'ausilio si ha come specifico obiettivo l'autonomia della persona. E' necessario prendere sempre in considerazione 3 fattori:

- 1) la persona con le sue risorse (anche economiche), le sue limitazioni, la sua personalità;
- 2) l'attività per la quale si vuole ottenere l'autonomia, la minore dipendenza, la maggiore sicurezza, il minore affaticamento;
- 3) l'ambiente (fisico e umano) dove espletare tale attività.

Alla persona è legato il principio di consonanza: la soluzione formulata deve rispettare le scelte e la personalità dell'utente.

All'attività è legato il principio di competenza: la soluzione scelta deve consentire alla persona di svolgere l'azione in modo efficace senza un dispendio inutile di energie fisiche e mentali.

All'ambiente è legato il principio di contestualità: la soluzione indicata deve essere funzionale all'ambiente di utilizzo ed in esso pienamente inserita. Si possono identificare 7 ambienti di utilizzo sia geografico che psicologico, dal più intimo si distinguono in:

1. spazio biologico: il proprio corpo
2. spazio personale: quello sotteso dalle abilità motorie, anche amplificate dagli ausili tecnici
3. spazio familiare: la casa, la famiglia, entro cui la persona si sente sempre al sicuro, può sopravvivere
4. spazio di quartiere: quello delle relazioni sociali più strette e stabili, anche l'ambiente scolastico o lavorativo
5. spazio sociale: quello delle relazioni abituali della vita di tutti i giorni, il paese, la città
6. spazio zonale: quello attorno al paese, è possibile muoversi senza importanti implicazioni organizzative, in giornata
7. mondo: ogni contesto geografico o relazionale più ampio, lontano da casa per un periodo più lungo di un giorno.

Per risolvere un problema di autonomia, sia che richieda o meno l'adozione di ausili, esistono diverse strategie che vanno dalla totale indipendenza (rimozione della necessità dell'azione) alla dipendenza totale (aiuto umano). Le possibili soluzioni sono 9:

1. rimozione della necessità dell'azione
2. rimozione dell'ostacolo
3. modifica dell'ostacolo
4. superamento dell'ostacolo con una semplice strategia sostitutiva

5. superamento dell'ostacolo con una complessa strategia sostitutiva
6. superamento dell'ostacolo con un semplice ausilio tecnico
7. superamento dell'ostacolo con un ausilio tecnico complesso
8. superamento dell'ostacolo con l'aiuto umano
9. superamento dell'ostacolo con un ausilio domotico

Una volta scelto l'ausilio, viene compilato un modulo di prescrizione da parte del medico Fisiatra. Se il presidio è contenuto nell'elenco del Nomenclatore Tariffario Nazionale viene fornito totalmente o parzialmente dal SSN. Se è al di fuori di quella lista, tale ausilio deve essere comprato completamente dall'utente. In entrambi i casi vi è libertà di scelta da parte dell'utente del Tecnico Ortopedico a cui affidarsi.

Se il momento decisionale riguarda modifiche da apportare all'abitazione, il progetto viene vagliato dagli operatori del Servizio con la persona disabile ed i familiari di riferimento. Si studia la planimetria dell'abitazione fornita in scala dai familiari. Si consigliano le possibili modifiche. Si informano l'utente ed i familiari sui finanziamenti previsti dalla legge per l'abbattimento delle barriere architettoniche.

Per seguire i pazienti ricoverati lungo tutto il loro cammino di autonomia si è deciso di dare la propria disponibilità a visionare, al di fuori dell'orario di servizio, l'abitazione in studio, in caso di problemi molto complicati.

Per gli utenti esterni, in caso di richieste particolari (ad esempio un montascale), in orario di servizio con l'impiegata dell'Ufficio Protesi del Distretto di Santhià si effettua su appuntamento una visita dello stabile.

Il terzo passo è il "momento attuativo": consiste nella fornitura dell'ausilio da parte di un'azienda scelta dall'utente, nell'addestramento all'uso dell'ausilio e nell'adattamento dell'utente alla nuova situazione di vita. Se l'ausilio fornito è conforme alla prescrizione, avviene il suo collaudo ad opera della Fisiatra e si avvia così la procedura di pagamento a carico del SSN.

La fine del progetto riabilitativo individuale è legata al compimento dell'educazione all'uso dell'ausilio o dell'ambiente adattato almeno in regime di trattamento intensivo quale è il ricovero in una degenza riabilitativa. Il compimento, la rifinitura del progetto spesso avviene in altre modalità, ambulatorio di Riabilitazione, riabilitazione in ADI (assistenza domiciliare integrata) ma la maggior parte del lavoro, soprattutto di tipo valutativo e decisionale, avviene in Ospedale.

Al fine di non perdere di vista il percorso dell'ausilio (valutazione, prescrizione, collaudo) o del progetto ambientale soprattutto per i pazienti ricoverati in Riabilitazione è stata ideata una scheda per ciascun paziente riguardante gli ausili prescritti, collaudati, comprati ed i progetti per la casa, l'ambiente di lavoro o scolastico, suggeriti ed attuati.

Il quarto passo è il "momento della verifica": un controllo sull'efficacia dell'ausilio avviene già durante il ricovero sia in ambiente ospedaliero sia nelle condizioni reali d'uso. Infatti il giovedì mattina di ogni settimana, l'intera equipe riabilitativa (medici, caposala, un infermiere professionale, terapisti della riabilitazione, logopedista) si riunisce ed analizza la situazione clinica, riabilitativa, familiare, ambientale, sociale di ogni persona ricoverata. In tale contesto l'autonomia della persona è lo scopo di ogni iniziativa: vi è la verifica degli ausili adottati e dei progetti consigliati e nasce la richiesta di soluzioni per nuovi obiettivi.

Per la nostra equipe il progetto riabilitativo individuale comprende anche l'inserimento, nel percorso verso l'autonomia, dei cosiddetti "week-end terapeutici". Quando le condizioni cliniche non sono più critiche e l'ambiente familiare (famiglia, amici, barriere architettoniche nell'abitazione) lo consente, dalle ore 13.00 del sabato alle ore 20.00 della domenica il paziente ha il permesso di tornare alla propria casa e sperimentare realmente le conquiste ottenute nel

difficile cammino verso l'autonomia. E' un momento molto importante perché consente all'utente di sperimentare le facilitazioni consentite dall'ausilio ma anche le difficoltà ancora presenti e non risolte. Questa esperienza settimanalmente porta alla equipe riabilitativa ed in particolare al Servizio di Assistenza Protesi e Ausili, nuovi problemi da risolvere.

Finora non è stato mai verificato, a distanza dalla dimissione del paziente, l'effettivo utilizzo dell'ausilio o la concreta realizzazione di un progetto nella abitazione. Si è pertanto ideata una scheda di follow-up da compilarsi telefonicamente o durante una visita di controllo, a distanza di 3 mesi dalla dimissione del paziente ricoverato o dal collaudo dell'ausilio per gli utenti esterni per i quali era stata effettuata una valutazione complessa (ad esempio la richiesta di un montascale).

Per ogni paziente ricoverato o per ogni valutazione complessa si vengono ad avere **3 schede** compilate che raccontano la storia del problema, le soluzioni proposte e quelle effettuate. Esse vengono a costituire l'archivio cartaceo del Servizio: è possibile consultarle per confronti con casi simili e per effettuare un bilancio dell'attività alla fine dell'anno.

E' obiettivo prioritario del Servizio Assistenza Protesi e Ausili ascoltare sempre gli utenti e renderli sempre partecipi delle scelte e artefici delle soluzioni più adatte per la loro autonomia. Nella scelta dell'ausilio la **prova pratica** da parte dell'utente stesso è un momento fondamentale di crescita per l'utente e per l'operatore: verificare praticamente i problemi incontrati e vederne le difficoltà di soluzione permette di variare le strategie per renderle sempre più personalizzate. L'utente deve diventare l'artefice delle sue scelte. Per far sì che ciò avvenga è fondamentale **informare** il più possibile l'utente e la popolazione in generale su chi è il disabile, cos'è l'ausilio, quali presidi si possono ricevere dal S.S.N., come ottenerli, quali leggi regolano il mondo del disabile. Ad ogni colloquio con l'utente si è deciso di dare tutte le informazioni in merito e si distribuisce un opuscolo pieghevole che le contiene in forma sintetica creato quest'anno dall'Azienda 11 di Vercelli a cura dei Servizi Recupero e Rieducazione Funzionale e Assistenza Sanitaria Territoriale. Obiettivo dell'Azienda per l'anno 2000 è stato infatti creare informazione per la popolazione attraverso strumenti semplici ed efficaci. E' un piccolo passo verso l'"empowerment" per le persone con disabilità.

5. Risultati

Sicuramente la riorganizzazione di una procedura di lavoro datata e che rispondeva molto spesso in maniera sommaria ai bisogni degli utenti porterà ad un minore spreco di risorse umane e materiali per l'A.S.L. 11 e quindi ad un risparmio economico. L'utente esterno potrà avere risposte più personalizzate ai suoi bisogni ed una maggiore informazione sui diritti del disabile. Per i pazienti ricoverati sarà possibile creare una integrazione tra percorso riabilitativo e percorso di autonomia della persona non solo all'interno dell'Ospedale ma anche al domicilio. Il tutto verrà realizzato avendo come scopo finale sempre l'"empowerment" del disabile.

Quando questa nuova organizzazione sarà a regime l'utente che necessita di un presidio tecnico per risolvere un bisogno approderà al Servizio di Assistenza e Valutazione Ausili dell'A.S.L. 11 su indicazione del Medico di base o di altri Specialisti il lunedì pomeriggio come è sempre avvenuto. Durante tale incontro, a differenza del passato, verranno analizzati in maniera dettagliata i bisogni presentati compilando la scheda di valutazione dei bisogni dell'utente. Verranno fornite più soluzioni compilando la scheda di soluzione dei bisogni e l'utente potrà scegliere, quando possibile, quella a lui più congeniale. A differenza del passato la scelta avverrà sempre dopo le prove degli ausili con la Fisiatra e la Terapista, che si effettuano il venerdì mattina. Tale incontro è del tutto nuovo nel percorso che porta l'utente all'adozione di un ausilio ed è il momento più delicato: una valutazione sbagliata porterà ad una prescrizione errata. Ciò è a volte capitato in passato e l'errore dovuto all'assenza di prova dell'ausilio con valutazione specialistica ha portato allo sperpero di denaro pubblico in quanto l'utente insoddisfatto e sempre con i bisogni non risolti, si è dedicato ad una continua ricerca del presidio "più adatto", spesso mal consigliato da Tecnici Ortopedici più dediti al guadagno personale che ad un onesto lavoro. Con un controllo così preciso del tipo di ausilio da fornire, grazie anche al momento del collaudo (che si effettuerà sempre il lunedì pomeriggio), i Tecnici Ortopedici saranno costretti a distribuire materiale qualitativamente migliore rispetto a quello che a volte vendono. Il percorso che l'utente deve compiere risulta facilitato in quanto seguito dal Servizio in tutte le fasi e portato ad avere come risultato sempre il migliore possibile.

I familiari possono seguire il congiunto nel cammino intrapreso e possono partecipare alle scelte da compiere. Le loro problematiche, a differenza del passato, potranno essere discusse con personale qualificato. Ascoltare le difficoltà del "caregiver" di un disabile può sicuramente aiutare a compiere scelte più mirate che tengono conto anche del contesto in cui l'ausilio deve essere inserito. E' inutile risolvere un problema in palestra se poi la sua soluzione non può essere applicata nella vita di tutti i giorni. A differenza del passato con questo Servizio sarà possibile aiutare il disabile anche nel suo ambiente domestico, lavorativo e scolastico. Prima ciò non veniva mai effettuato: le maggiori competenze acquisite dal personale apporteranno benefici alla società nel suo complesso. Problemi di abbattimento di barriere architettoniche e di piani di lavoro incongrui potranno essere superati con competenza. L'architettura e l'arredamento di interni per case in cui vivono i disabili potranno essere oggetto di richiesta di intervento del Servizio. Ciò non era mai stato affrontato dal S.R.R.F. del P.O. di Santhià. Ne consegue che l'A.S.L. 11 potrà in primis guadagnare un'immagine di azienda con operatori competenti in grado di dare risposte concrete ai bisogni della comunità. Il Servizio può essere considerato il filo che segue il disabile in tutte le fasi della sua malattia dal ricovero alla vita di tutti i giorni interfacciandosi con le strutture che di volta in volta si occupano del caso: Ospedale (Medico del Reparto per acuti, del Reparto di Lungodegenza, del Reparto di Riabilitazione), Territorio (Medico di base), Servizi Sociali (Assistente sociale). Potrà agevolare una dimissione dal Reparto per acuti, fornendo soluzioni alla disabilità al domicilio: riducendo i tempi di ricovero l'Azienda risparmierà i costi di degenza. Fornendo presidi più appropriati e personalizzati l'utente sarà soddisfatto e non attuerà una continua ricerca di qualcosa di diverso come a volte ancora avviene. Ausili di qualità migliore e soluzioni personalizzate significano minori prescrizioni incongrue a carico del Sistema Sanitario Nazionale con riduzione della spesa sanitaria. E' meglio un ausilio un po' più costoso ma in grado di ridurre maggiormente la dipendenza da altre persone che un presidio meno caro ma più inefficace in tal senso: la spesa

sanitaria per l'assistenza da sostenere nel tempo sarebbe sicuramente superiore alla differenza iniziale di costo.

In definitiva l'attuazione del progetto di riorganizzazione del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili nella nostra realtà può essere realizzato in tempi rapidi se comporta un dispendio minimo di risorse economiche. Si è pertanto deciso di operare soprattutto mediante una riconversione delle risorse umane e materiali disponibili. Le ore di lavoro per gli operatori non variano ma viene variata la loro tipologia di lavoro grazie alla maggiore competenza acquisita. Per l'utente viene incrementato il numero di ore di attività del Servizio: si passa da 2 a 6 ore settimanali con possibilità di prove pratiche (novità assoluta del Servizio). Il successo che si spera di ottenere da questa iniziativa consentirà sicuramente in futuro di ottenere finanziamenti per acquisire strumenti atti a migliorare il Servizio per renderlo sempre più rispondente alle richieste dell'utente ed al passo con i tempi.

Obiettivo futuro sarà un progetto di ampliamento del parco ausili a disposizione dei pazienti ricoverati e per prove con gli utenti esterni e la possibilità di creare piccole ortesi od ausili per lo svolgimento delle ADL in materiale termoplastico. Per facilitare il lavoro del personale del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili vi è l'intenzione di installare il collegamento Internet (con casella e-mail riservata) ed acquistare l'abbonamento alla Banca Dati SIVA CD-ROM per il Reparto di Riabilitazione di Santhià: sarà possibile accedervi ogni volta che la consulenza lo richiederà senza ricorrere all'utilizzo di quello presente nel S.R.R.F. dell'Ospedale di Vercelli.

6. Scenari

Le conoscenze acquisite durante il Corso di Perfezionamento e la volontà di fornire all'utente presidi sempre più personalizzati al fine di raggiungere il più alto grado di indipendenza personale hanno portato gli operatori del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili a cimentarsi con i pazienti ricoverati presso il S.R.R.F. del P.O. di Santhià.

Maria è una delle prime persone che è stata oggetto di lavoro da parte dell'equipe del Servizio: a seguito di una più attenta valutazione della sua disabilità ci si è posti l'obiettivo di fornirle la maggior autonomia possibile nelle attività della vita quotidiana.

Ai primi di luglio di quest'anno, Maria è stata trasferita nel Reparto di Riabilitazione dell'Ospedale di Santhià dalla Divisione di Neurologia dell'Ospedale di Vercelli dove a giugno era stata ricoverata per ictus cerebrale ischemico. All'ingresso Maria presentava una emiparesi destra moderata con sfumata afasia (lieve deficit di comprensione degli ordini complessi) e lieve disartria. Il passaggio posturale da supina a seduta era in grado di effettuarlo da sola utilizzando la sponda del letto come sostegno. Riusciva a stare seduta solo attaccandosi al letto perché il controllo del tronco non era ottimale: vi era una tendenza alla laterocaduta a destra. La stazione eretta ed il cammino non erano possibili. Nel nostro Reparto Maria ha iniziato il trattamento riabilitativo volto non solo al recupero funzionale dell'emisoma destro ma anche al raggiungimento del più alto livello di autonomia nelle ADL. Prima dell'episodio ictale Maria, rimasta vedova da anni e con un'unica figlia sposata, viveva da sola in un appartamento al primo piano di uno stabile: per accedervi occorreva salire due rampe di scale dotate del corrimano da un lato. Facendo un bilancio della situazione generale di Maria i sanitari sono giunti alla conclusione che un rientro sola al proprio domicilio, al termine del programma riabilitativo, non è più possibile. Maria infatti è anziana (ha 72 anni), ha una ipoacuità visiva di entrambi gli occhi per glaucoma ed inoltre, per la vasculopatia cerebrale, residueranno inevitabilmente dei deficit funzionali. La soluzione concordata con i familiari è il rientro al domicilio della figlia dove c'è spazio per accoglierla e dove è possibile un controllo di Maria anche minimo ma per tutto l'arco della giornata. Risulta di conseguenza indispensabile che durante il ricovero Maria impari ad essere il più possibile autonoma per non gravare eccessivamente sui familiari che comunque hanno tutti una attività lavorativa fuori casa.

Al raggiungimento di un miglior controllo posturale da seduta, è nata la necessità di fornire a Maria una carrozzina. L'arto superiore destro è paretico: ci sono i movimenti attivi ma sono ipostenici e Maria non è in grado di utilizzarlo in maniera funzionale: non sa usare entrambi gli arti superiori per spingersi con una carrozzina pieghevole manuale standard. Con la vecchia metodologia di lavoro si sarebbe comunque prescritta una carrozzina pieghevole standard (ad es. Modello VERMEIREN) confidando sull'aiuto dei familiari per la propulsione. In questo modo Maria non avrebbe potuto spostarsi a suo piacimento, neanche andare in bagno autonomamente, ma sarebbe stata totalmente dipendente dagli altri costringendo questi ultimi ad un controllo più stretto e costante di Maria. E' nata così l'idea di trovare a Maria una carrozzina che riuscisse a spingere da sola con l'uso degli arti di sinistra. Dopo alcune prove si è trovato l'ausilio che può soddisfare tale esigenza e rendere meno faticoso l'eventuale aiuto nella spinta fornito dai familiari in alcune circostanze: una carrozzina manuale pieghevole, con autospinta posteriore, di struttura leggera, la cui fornitura rientra nelle procedure standard del Servizio Sanitario Nazionale tramite il nomenclatore tariffario delle protesi (Modello ETAC TWIN). E' stata eseguita anche una prova con una carrozzina pieghevole standard con monoguida a sinistra. Non è stato scelto tale ausilio perché più pesante e difficile da gestire specie all'esterno, perché con esso Maria riusciva ad essere autonoma al domicilio solo per circa 2 metri e non era in grado di superare gli ostacoli per una sua difficoltà di coordinazione, ma soprattutto spontaneamente aveva ricercato una indipendenza negli spostamenti utilizzando una carrozzina standard del Reparto con modalità di propulsione mano-piede sinistri.

DESCRIZIONE	PREZZO LIRE	IVA 4 %
Carrozzina pieghevole autospinta posteriore, telaio stabilizzante, sedile tra 38 e 45 cm	840.900	33.636
Pedana ad inclinazione regolabile con reggigamba regolabile in altezza	146.700	5.868
Bracciolo ridotto per tavolo (al paio)	52.600	2.104
Importo	1.040.200	41.608
TOTALE	1.081.808	
Sistema monoguida sinistra	326.500	13.060
Importo	1.366.700	54.668
TOTALE	1.421.368	

Tabella 6.1 Costo carrozzina modello VERMEIREN senza e con monoguida sinistra

DESCRIZIONE	PREZZO LIRE	IVA 4 %
Carrozzina pieghevole autospinta posteriore, telaio stabilizzante, sedile tra 38 e 45 cm	840.900	33.636
Schienale prolungato	99.300	3.972
Braccioli regolabili in altezza (al paio)	74.800	2.992
Schienale regolabile in inclinazione	207.200	8.288
Dispositivo di estrazione rapida delle ruote grandi	182.000	7.280
Posizionamento variabile in più posizioni delle forcelle ruote piccole (al paio)	113.600	4.544
Struttura a doppia crociera	93.500	3.740
Struttura leggera	331.000	13.240
Bracciolo ridotto per tavolo (al paio)	52.600	2.104
Pedana ad inclinazione regolabile con reggigamba regolabile in altezza	146.700	5.868
Posizionamento variabile in più posizioni dei perni delle ruote grandi (al paio)	64.000	2.560
Importo	2.205.600	88.224
TOTALE	2.293.824	

Tabella 6.2 Costo carrozzina modello ETAC TWIN

La scelta compiuta, benchè più dispendiosa all'inizio, è stata confermata come la più valida per Maria non solo dall'osservazione clinica ma anche dal follow-up. E' stata la soluzione che ha reso Maria più indipendente negli spostamenti con conseguente maggiore integrazione sociale e la soddisfazione personale che ne è conseguita ha portato sicuramente ad una sua migliore qualità di vita.

L'analisi dei costi delle tre diverse tipologie di carrozzina pieghevole dimostra inoltre come l'investimento iniziale, più oneroso, sia controbilanciato dalla spesa per l'assistenza personale a Maria. Nel piano economico risulta che con il tempo la spesa maggiore è dovuta al numero di ore di assistenza e non alla tecnologia. Più una persona è resa indipendente minore è il costo assistenziale e nel lungo periodo vi è un risparmio globale di risorse economiche familiari e del Sistema Sanitario Nazionale.

Costi da sostenere	Ipotesi 1 (carrozzina Vermeiren senza monoguida sn)	Ipotesi 2 (carrozzina Vermeiren con monoguida sn)	Ipotesi 3 (carrozzina Etac Twin)
Ausili	1.081.808	1.421.368	2.293.824
Addestramento	0	105.000	70.000
Costi di esercizio/anno	54.090	71.068	114.691
Ore di assistenza/anno	800	600	400
Spesa assistenza/anno	20.000.000	15.000.000	10.000.000
Durata teorica (anni)	5	5	5
Spesa totale in 5 anni	101.298.168	76.810.641	52.822.588

Tabella 6.3 Analisi costi/benefici

7. Piano economico

La riorganizzazione del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili comporta, almeno all'inizio della attività, una ricollocazione più razionale delle risorse esistenti. L'unica spesa è quella riguardante il Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili" a cui hanno partecipato i due operatori del Servizio. Il suo costo è di lire 2.800.000 (esente IVA) per ogni persona; ad esso vanno aggiunte le spese di trasporto e le colazioni di lavoro per le cinque settimane del corso. Il tutto è a carico dell'Azienda A.S.L. 11 per la Terapista della Riabilitazione; a suo carico per il medico Fisiatra.

Costi da sostenere	Medico	Terapista	Totale
Corso SIVA	2.800.000	2.800.000	5.600.000
Trasporto Treno-Metro	425.000	425.000	850.000
Colazioni di lavoro	300.000	300.000	600.000
Spesa totale	3.525.000	3.525.000	7.050.000

Tabella 7.1 Analisi costi Servizio di Assistenza Protesi e Ausili

Le risorse economiche necessarie per l'attuazione del progetto sono di due tipi: di struttura e di personale. Entrambe sono già presenti e vengono semplicemente spostate a questo nuovo utilizzo.

Locali:

- una stanza di m 5 x 3, presente nel Reparto e già precedentemente utilizzata per effettuare le visite fisiatriche e le consulenze sugli ausili;
- una stanza di m 6 x 6, prima adibita a magazzino generico del Reparto ed ora impiegata come parco ausili;
- tre locali, già in uso come palestre per la riabilitazione, per le prove pratiche degli ausili.

Questi locali sono già parte integrante del S.R.R.F. del P. O. di Santhià: il loro utilizzo non comporta nessuna spesa aggiuntiva.

Attrezzature di arredamento:

- una scrivania;
- due poltroncine per gli operatori;
- tre sedie per gli utenti;
- un armadio con scaffali per contenere l'archivio cartaceo, depliant e pubblicazioni sugli ausili;
- un lettino da visita;
- un telefono.

Tali arredi sono già presenti nella stanza adibita ad Ambulatorio.

Materiali informatici:

- un personal computer con sistema operativo Windows 98 con lettore CD ROM e modem;
- pacchetti applicativi di uso corrente quali:

WORD (videoscrittura)

EXCEL (foglio elettronico).

Già presente nell'Ambulatorio di Riabilitazione ed usato routinariamente per lettere di dimissione e relazioni mediche, il P. C. può essere al momento impiegato per relazioni su pazienti valutati per richieste di presidi. In seguito potrà essere utilizzabile per un collegamento Internet ISDN (con casella e-mail riservata) oggetto di una futura richiesta da parte del S.R.R.F. alla A.S.L. 11.

Personale:

- una Terapista della Riabilitazione con formazione specifica negli ausili;
- un Medico specialista in Medicina Fisica e Riabilitazione.

Queste due figure professionali fanno già parte dell'organico del S.R.R.F.: il medico ha un contratto di lavoro di 38 ore/settimana, la terapeuta di 36 ore/settimana e si occupano da tempo dei pazienti degenti nel Reparto di Riabilitazione. Con l'attivazione di questo Servizio non viene aumentato il numero di ore di lavoro settimanali ma entrambi gli operatori non effettuano più una parte di lavoro di routine per occuparsi della gestione di questo Servizio due giorni alla settimana: 2 ore il lunedì (il medico), 4 ore il venerdì (il medico e la terapeuta). Mentre in passato l'Ambulatorio per gli ausili era tenuto solo per 2 ore alla settimana dal medico, con questa nuova iniziativa alla settimana vi sono ulteriori 4 ore di prova di ausili con l'aiuto e la collaborazione sia della Fisiatra che della Terapeuta. E' possibile togliere questo tempo alla routine ospedaliera in quanto il resto del personale è in grado di assorbire il lavoro dei due operatori diversamente impegnati.

8. Strumenti di lavoro

8.1 Scheda di valutazione dei bisogni dell'utente

Questa scheda viene compilata dal medico del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili durante il primo colloquio con l'utente esterno che si tiene nell'Ambulatorio del lunedì di ogni settimana. Con l'aiuto dell'utente e dei suoi familiari si cerca di mettere in evidenza le attività che comportano maggiori problemi, si analizzano le limitazioni presentate al fine di evidenziare obiettivi raggiungibili e si prospettano diverse soluzioni che saranno poi scelte dagli utenti. Durante questo incontro è possibile mostrare gli ausili eventualmente presenti nel deposito e dare le fotocopie di presidi tratte da cataloghi a sua volta presentati.

Per i pazienti ricoverati questa scheda viene compilata sempre da uno dei due membri del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili con la collaborazione della Terapista e/o della Logopedista che si occupano del loro trattamento riabilitativo e con l'aiuto del degente e dei suoi familiari. La compilazione avviene ogni volta che se ne presenti la necessità durante lo svolgimento del programma riabilitativo in relazione ai bisogni che vengono messi in luce dalle autonomie di volta in volta conquistate. In genere si preferisce il venerdì in quanto vi è lo spazio temporale per effettuare le prove pratiche e per incontrare i familiari, discutere con loro dei problemi od illustrare loro le possibili soluzioni con cataloghi od oggetti del deposito.

8.2 Scheda di soluzione dei bisogni dell'utente

Questa scheda viene compilata da uno dei due componenti dell'equipe del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili nel momento in cui viene scelta una soluzione ad un problema di autonomia precedentemente messo in evidenza. In genere viene utilizzata per i pazienti ricoverati presso la Degenza Riabilitativa in quanto con loro è possibile direttamente seguire nel tempo il cammino verso l'autonomia della persona. Ogni soluzione adottata può essere acquistata dal paziente o prescritta dal Fisiatra qualora sia possibile ed è indispensabile avere sempre una visione d'insieme di tutte le opere realizzate per ogni degente.

Per gli utenti esterni viene compilata solo in caso di presidi particolari (ad esempio la protesi di arto inferiore) in cui si seguono nel tempo le richieste fatte al Servizio od in caso di presidi particolarmente costosi per il S.S.N. (ad esempio il montascale). In questo caso la compilazione viene effettuata dal medico durante l'Ambulatorio del lunedì pomeriggio.

8.3 Scheda di follow-up delle soluzioni adottate

Questa scheda viene compilata dal Medico o dalla Terapista del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili a distanza di 3 mesi dalla realizzazione di un intervento o dal collaudo di un ausilio. Può essere stilata al telefono o durante una visita fisiatrica di controllo di un paziente. E' sempre compilata per il paziente che è stato ricoverato nella nostra Degenza Riabilitativa. Per gli utenti esterni è utile qualora si sia operata una valutazione dei bisogni particolarmente complicata che ha richiesto interventi complessi (abbattimento di barriere architettoniche, presidi costosi o di difficile realizzazione).

Tipo di attività	Limitazioni	Obiettivi	Interventi progettati
1. Muoversi in casa			
2. Entrare e uscire da casa			
3. Coricarsi, alzarsi dal letto, cambiare posizione			
4. Andare in bagno			
5. Cura del corpo			
6. Attività sessuale			
7. Vestirsi, svestirsi			
8. Preparare colazione, pranzo e cena			
9. Consumare i pasti			
10. Rigovernare dopo colazione, pranzo e cena			
11. Comunicare			
12. Usare il computer			
13. Guardare la TV, ascoltare la radio			
14. Usare i trasporti per andare al lavoro, a scuola			
15. Tenere i conti di			

casa			
16. Lavoro e scuola			
17. Fare acquisti			
18. Giardinaggio			
19. Manutenzione della casa			
20. Pulizie di casa			
21. Fare il bucato			
22. Cura dei bambini			
23. Altra attività			
24. Altra attività			
25. Altra attività			
26. Altra attività			
27. Altra attività			
28. Altra attività			

SCHEDA DI SOLUZIONE DEI BISOGNI DELL'UTENTE

COGNOME _____ NOME _____ LETTO N° _____
NATO A _____ IL _____ TEL. _____
RESIDENTE A _____ VIA _____
DIAGNOSI _____

INVALIDITA' CIVILE SI ð NO ð EFFETTUATA DOMANDA ð

Tipo di attività	Soluzione scelta	Acquistata presso	Prescritta in data	Collaudata in data
1.				
2.				
3.				
4.				
5.				
6.				
7.				
8.				
9.				

SCHEDA DI FOLLOW-UP DELLE SOLUZIONI ADOTTATE

COGNOME _____ NOME _____ LETTO N° _____
NATO A _____ IL _____ TEL. _____
RESIDENTE A _____ VIA _____
DIAGNOSI _____

EVENTUALE OCCUPAZIONE _____
LUOGO DI LAVORO (STUDIO) _____
TEMPO DI LAVORO (STUDIO) _____
AUSILIO/SOLUZIONE AMBIENTALE PRESCRITTO/REALIZZATO _____

E' ANCORA IN USO? SI NO SE LA RISPOSTA E' NO:
PER QUANTO TEMPO E' STATO USATO? _____
PER QUALE MOTIVO NON E' PIU' IN USO? _____

SE LA RISPOSTA E' SI:
PER QUANTE ORE AL GIORNO E' UTILIZZATO? _____
PER QUANTI GIORNI LA SETTIMANA? _____
IN QUALI ATTIVITA' RIESCE AD ESSERE AUTONOMO? _____

IN QUALI ATTIVITA' HA BISOGNO DI ASSISTENZA E DI CHE TIPO? _____

NE E' SODDISFATTO? SI NO
PROBLEMI LEGATI AL SUO UTILIZZO ANCORA PRESENTI _____

RITIENE UTILE UNA VISITA DI CONTROLLO PRESSO IL SERVIZIO?
SI NO

DATA _____ COMPILATORE _____

VISITA ð

TELEFONO ð

9. Bibliografia

Andrich R: *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute, 1988.

Andrich R: *Consigliare gli ausili*. Milano: Pro Juventute, 1996.

Andrich R, Moi M: *Quanto costano gli ausili? Lo strumento SIVA-CAI: (SIVA COST ANALYSIS INSTRUMENT) Manuale per l'analisi dei costi nei progetti individualizzati di sostegno alla vita indipendente*. Milano: Pro Juventute, 1998.

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

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

Ferrario M: *Imparando a cambiare*. Milano: Pro Juventute, 1992.