

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

Costituzione di un servizio di Terapia Occupazionale per il reinserimento domiciliare di pz. neurologici e politraumatizzati

TERAPIA OCCUPAZIONALE

CANDIDATO: Michele Scarazzato

***Abstract:** “Ogni persona disabile, di qualsiasi età sia, ha diritto ad un sistema d'aiuto che garantisca lo sviluppo massimo della sua personalità ed un inserimento sociale il più attivo e partecipativo possibile” (Programma d'azione del governo per le politiche dell'handicap, 2000).*

La riabilitazione, come ogni altro aspetto della sanità, deve confrontarsi sul controllo oggettivo e scientificamente ripetibile, su procedure e parametri valutativi, programmi terapeutici e risultati. Il paziente/utente disabile che affrisce ad un centro riabilitativo ci chiede l'ottimizzazione delle proprie risorse onde riprendere, degnamente, il suo posto nella società. Per raggiungere questo traguardo, non possiamo più basarci su una divisione dei compiti di tipo burocratico. E' necessario acquisire una visione strategica degli obiettivi e dei mezzi attorno a cui richiamare il lavoro d'équipe nella ricerca del “meglio possibile” per il disabile che si affida alla nostra professionalità. Le cure riabilitative, difatti, debbono essere offerte e realizzate solo e soltanto se fondate su presupposti evidenti e mirate al raggiungimento di precisi e dichiarati scopi. Unicamente l'attuazione di un programma progressivo e proponibile permetterà la conclusione corretta dell'iter riabilitativo.

Questa tesi presenta un progetto di fattibilità per un itinerario da proporre all'équipe multidimensionale ospedaliera di un centro riabilitativo onde ottenere, con il paziente ed il suo entourage, un reale recupero dell'autonomia possibile. In questo itinerario, l'interfacciamento e la presenza sul territorio tramite la disponibilità di alloggi/palestra e personale sanitario per supervisione domiciliare, rappresenta un momento imprescindibile per l'ottenimento del risultato. A questo, si deve associare l'imprescindibile apporto del servizio sociale e la facile accessibilità alle soluzioni tecnologiche.

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

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

1. Introduzione

L'attuazione di un'efficace attività riabilitativa svolta in favore di un pz. di un centro riabilitativo con codice regionale 56 (riabilitazione intensiva), non può prescindere da un'azione diretta non solo al recupero della motricità persa in seguito all'insulto clinico ma alla "funzione" in toto. Solo il recupero della funzione, difatti, permette l'effettivo ritorno ad una situazione di autonomia.

Troppi sono ancora i centri dedicati alla riabilitazione, tra cui anche il nostro, che, pur agendo con un alto livello di professionalità, si accontentano di dimettere pz. per i quali è stata perseguita, e misurata con scale idonee, l'ottimizzazione delle capacità residue ma non l'autonomia nel senso più completo del termine.

Se ad esempio consideriamo la riacquisizione della deambulazione in pazienti con emiparesi da recente ictus cerebrale, non è detto che ad un'efficace abilità nella marcia in ambiente protetto (es. palestra) corrisponda poi nel post-dimissione una reale capacità di affrontare la vita giornaliera (si pensi ai fattori emozionali, ai molteplici ostacoli, ecc.). Questa "non autonomia di fatto" comporta un notevole impatto economico poiché è causa nel tempo di ripetuti ricoveri in strutture riabilitative di vario livello.

La risposta adeguata a questo problema è da ricercarsi nell'attivazione di un servizio capace di integrare più capacità tecniche specifiche permettendo così il recupero del movimento, la prescrizione degli ausili, il reinserimento nella vita quotidiana con la capacità di poter correttamente "usufruire" della città, intesa come insieme di mondi sociali, che lo circonda.

Non possiamo più, difatti, rispondere alle richieste di riabilitazione per l'uomo "fragile", limitandoci ad una semplice serie di norme od a provvedimenti concertati sulla base di vecchi standard. È necessaria una soluzione non tanto quantitativa quanto qualitativa, progettualmente coraggiosa e coerente, che coinvolga tutte le figure professionali nello sforzo comune di trovare una soluzione compatibile con le restanti, gravi ed altrettanto importanti, priorità sociali. Sappiamo bene, purtroppo, che i costi per una soluzione a questo tremendo problema sono notevoli; ma siamo anche consapevoli che da come si è soddisfatto il "diritto alla vita" si misura la civiltà di una società, la sua cultura e la sua democrazia (Pontuale, 1993).

L'efficacia di questo servizio di Terapia Occupazionale sarà strettamente legata alle capacità di intervenire sui vari aspetti del problema (sanitari, sociali, edilizi, ecc.) e richiederà quindi una corretta integrazione tra competenze diverse che verranno chiamate ad un momento di forte interdisciplinarietà con il paziente al centro delle conoscenze messe in gioco. Difatti nell'epoca moderna i valori del malato, intesi come quadro di riferimento che guida l'autonomia delle sue scelte, diventano un momento fondamentale del fare "buona" medicina (Spinsanti, 1995). L'autodeterminazione del paziente, in quanto articolazione fondamentale dei suoi diritti, diventa un criterio di qualità. L'intervento sanitario non può più essere deciso unilateralmente dal medico che si basa sul sapere della sua professione, ma va individuato insieme al paziente ed ai co-attori della sua vita sociale, spesso con un faticoso processo di contrattazione.

L'idea di qualità dell'atto medico si arricchisce di una nuova componente: è buono l'atto medico che ha anche una correttezza formale, vale a dire il rispetto delle procedure volte a far partecipare il paziente alle scelte diagnostiche e terapeutiche che lo riguardano (Spinsanti, 1995). D'altro canto, il paziente non ha più solo dei diritti, ma anche dei doveri. La sua posizione non è solo di privilegio, ma anche di scomoda responsabilità, in quanto dovrà partecipare attivamente al processo decisionale.

2. Contesto

Il servizio sarà presente all'interno della Casa di Cura Accreditata "Domus Salutis" (Struttura riabilitativa composta da 156 letti a codice regionale 56 + 29 letti a codice regionale 60), sita in Brescia in Via Lazzaretto, 3. Rientra nell'ambito delle attività svolte dall'Unità Operativa "Medicina Riabilitativa 2", unità caratterizzata da 90 posti letto di riabilitazione polifunzionale cui afferiscono pz. da tutto il territorio nazionale con netta prevalenza, comprensibilmente, di soggetti provenienti dal territorio e dalle strutture sanitarie per acuti della provincia di Brescia.

Il servizio rivolgerà la propria attività verso i pz. presenti in struttura in regime di ricovero e, in un secondo tempo, anche verso coloro che afferiscono a tale struttura in regime ambulatoriale.

Nell'unità operativa prima citata prestano già il loro servizio in qualità di dipendenti medici specialisti (fisiatri, medici dello sport, pneumologi, geriatri, internisti), terapisti della riabilitazione e logopedisti oltre, naturalmente, al personale infermieristico dedicato.

3. Bacino di utenza

Il servizio, posto all'interno della più grossa struttura riabilitativa della provincia di Brescia, punterà, in fase di massima espansione, a fornire la sua consulenza alle principali strutture ospedaliere della provincia oltre che al servizio di medicina di base.

Inizialmente, dopo un adeguato periodo di rodaggio, sarà rivolto principalmente agli utenti di Brescia e comuni limitrofi (popolazione di circa 350.000 persone) ed ai di loro medici curanti.

4. Situazione iniziale

Attualmente, come accennato nell'introduzione, manca nella nostra struttura un adeguato approccio occupazionale. Manca altresì nella struttura e più in generale sul territorio, un servizio di consulenza ausili adeguato. Il S.I.V.A. di Milano, misconosciuto ai più, rimane il centro di riferimento più vicino.

In aggiunta a queste carenze strutturali, è utile sottolineare la mancanza di conoscenza ed applicazione pratica dell'ausilio e, più in generale, della terapia occupazionale intesa come metodica di reinserimento corretto del disabile a domicilio.

5. Obiettivi del progetto

L'obiettivo del progetto è quello di creare un "sistema di recupero" che inserisca il pz. all'interno di un percorso riabilitativo (DPR, 1997) capace di coinvolgerlo, insieme alla rete sociale di sostegno, in un "lavoro" mirante ad ottimizzare le capacità residue. Questo non è chiaramente ottenibile senza una coerente azione di programmazione. Forti spinte ci stanno difatti già indirizzando verso un nuovo modo di concepire il "lavoro" con il paziente. Sta affermandosi un tipo di paziente "nuovo" che deve essere informato, che ha bisogno di essere responsabilizzato per partecipare alle decisioni terapeutiche. Non è solo l'utente di un servizio, ma un vero e proprio cliente che, oltre ad avere diritti da rivendicare, vuole anche essere soddisfatto.

Soddisfare i pazienti diventa inoltre un'esigenza strategica per la sopravvivenza dell'azienda stessa. Il paziente, infatti, spostandosi da una struttura all'altra, porta con sé la "capacità di spesa", rappresentata dalla sua quota capitaria (Spinsanti, 1995). Se non trattiamo "bene", nel senso più ampio e nobile del termine, i pazienti/clienti questi, come è loro diritto, andranno in un'altra struttura ponendo, di fatto, l'azienda al di fuori del mercato. Ecco allora che l'interrogativo principale che deve porsi chiunque abbia delle responsabilità nelle scelte ruoterà intorno ad elementi di qualità di carattere gestionale. Ci si dovrà quindi porre correttamente la domanda inerente a quale iter di trattamento produrrà pazienti/clienti "giustamente" soddisfatti e quindi adeguatamente reinseribili nella società.

Affinché questo percorso virtuoso di soddisfazione del paziente sia ben impostato, è importante che sin dall'inizio far sì che l'accesso dell' "individuo malato meritevole di tale intervento riabilitativo intensivo" sia proposto all'équipe riabilitativa da medici di strutture ospedaliere per acuti o da medici di base.

A fronte di un esubero di richieste di ricovero riabilitativo rispetto alle reali capacità di accoglienza ed inserimento in un serio percorso di recupero dell'autonomia, è opportuno che i medici specialisti della struttura valutino l'aderenza della richiesta rispetto alle risorse disponibili stabilendo altresì criteri di urgenza.

L'adozione di specifiche schede di valutazione (cfr. capitolo 11/scheda 01) proposte anche agli ospedali per acuti che normalmente riferiscono i pz. alla nostra riabilitazione, consente di programmare l'accesso secondo caratteristiche univoche.

In particolari casi, non si esclude la valutazione diretta del pz. tramite la visita nell'ospedale proponente o l'accesso dello stesso ad un ambulatorio gratuito interno alla struttura riabilitativa.

Una volta ricoverato, il pz. entrerà immediatamente in contatto con l'équipe riabilitativa che ne valuterà gli aspetti salienti (documentati tramite la Functional Independence Measure, la scheda infermieristica (cfr. capitolo 11/scheda02), le scale di valutazione cognitiva (cfr. capitolo 11/scheda 03)).

Al medico del reparto spetterà il coordinamento delle varie figure interessate modulandone l'azione rispetto alle caratteristiche più propriamente cliniche del pz.. Sono infatti tali caratteristiche cliniche che ne condizioneranno, presumibilmente, il decorso.

In condizioni ordinarie, si individuerà un "tempo prevedibile" di trattamento in regime di ricovero (in accordo, per quanto possibile, con le indicazioni regionali (BURL, 1998)) all'interno del quale si evidenzieranno tre momenti di passaggio:

- 1) *Approccio segmentale specifico: mirante all'ottimizzazione delle capacità motorie, di interazione, verbali, deglutitorie e mnesiche residue.*
- 2) *Approccio alla funzione: ovvero passaggio (o integrazione) dalla palestra "classica" alla terapia occupazionale nella quale al pz. viene insegnato a recuperare le funzioni quotidiane con l'ausilio di accorgimenti, adattamenti e/o ausili. In alcuni casi selezionati potrà evidenziarsi la necessità di un passaggio intermedio in un appartamento adattato e supervisionato, che noi chiameremo "alloggio/palestra", per necessità legate ad una migliore valutazione degli accorgimenti strutturali necessari all'utente o ad un suo supporto psicologico verso la ripresa di un'autonomia funzionale con "capacità differenti" rispetto a prima dell'evento. In questo caso, l'équipe riabilitativa si occuperà di una supervisione che potrà giungere sino all'accompagnamento al di fuori della struttura muraria per recuperare gli atti dell'autonomia ("fare spesa, andare dal*

parrucchiere, ecc.). A tale periodo seguirà un breve periodo di degenza in cui verranno forniti al pz. gli ausili necessari (indispensabile quindi modifica e consegna molto rapide. Ecco l'importanza di un buon collegamento con ditte "autorevoli del settore" e la disponibilità di un laboratorio attrezzato per rapidi adattamenti), si preparerà il domicilio e si attueranno gli ultimi interventi riabilitativi mirati. Prima della dimissione verrà compilata la scala FIM (Functional Independence Measure).

- 3) Rientro a domicilio: *si possono prospettare due tipologie differenti di rientro nella vita giornaliera, condizionate dalle necessità del paziente: un rientro, con o senza ausili, nel proprio domicilio od un rientro, con o senza ausili, al proprio domicilio modificato. Durante la degenza, in tempi congrui, verranno prospettati al pz. ed ai suoi familiari/rete sociale di supporto dei pacchetti di servizi (cfr. tabella 04) a costi prefissati, miranti a disponibilizzare un appartamento congruo alle nuove esigenze ed una struttura sociale pronta ad accogliere l'utente per facilitarne il rientro domiciliare.*

Un periodico follow-up (effettuabile in regime mutualistico su richiesta del medico di base con dizione: "visita specialistica") permetterà l'adozione di ulteriori correttivi rispetto a necessità evidenziate al rientro domiciliare. In questa verifica sarà opportuno il coinvolgimento, attorno al paziente, di tutta l'équipe riabilitativa e della rete sociale. Tutti difatti siamo, o dovremmo, essere divenuti consapevoli del fatto che la propria professionalità si può esplicare e concretizzare appieno solo nel vero lavoro di gruppo. La ricostruzione della qualità e della dignità di vita di una persona è un impegno che può essere affrontato solo con il contributo di molte competenze, tutte sempre rispettose le une delle altre pur nel riconoscimento di un'organizzazione chiara delle responsabilità (Giustini, 2000).

L'utilizzo della Functional Independence Measure, permetterà il confronto, nel tempo, con un dato oggettivo.

5.1. "Pacchetti di servizi"

Tra le molte carenze cui si debbono confrontare le unità riabilitative nel tentativo di impostare una seria attività di reinserimento del paziente/utente a domicilio, un posto di rilievo è occupato da una ampia serie di problematiche di "contorno" rispetto all'intervento sanitario vero e proprio, caratterizzate però da un forte impatto sui risultati dello stesso nel tempo. Pensiamo, a titolo d'esempio, quanto una porta di casa di misura non sufficiente possa condizionare la riuscita di tutto il lavoro di autonomizzazione effettuato durante il ricovero.

E' indubbio, d'altra parte, che le necessità e le possibilità variano sensibilmente da paziente a paziente.

Da queste due considerazioni nasce l'idea di disponibilizzare al paziente ed alla sua famiglia una serie di servizi sanitari, sociali e "tecnico/artigianali, caratterizzati da flessibilità di risposta rispetto alla domanda, rapida fruibilità, costi prefissati.

Questi "pacchetti", come li abbiamo chiamati, rientrano dunque nel progetto personalizzato con pari dignità rispetto ai più classici, e sempre indispensabili, interventi sanitari.

Rimane aperta la questione di "chi" debba farsi carico delle spese relative a questi "pacchetti optional". Riguardo all'offerta del *pacchetto sanitario*, questo viene coperto dal SSN con la quota di ospedalizzazione giornaliera e dalle risorse disponibilizzate per l' "attività di riabilitazione integrativa" (cfr. più avanti). Il *pacchetto sociale* potrebbe trovare una risposta in una più stretta collaborazione col Servizio Sociale del Comune di Brescia. Permane il problema di cosa fare per i residenti al di fuori di tale area. Il *pacchetto tecnico* dovrebbe, a nostro parere, gravare sul pz. (e la di lui famiglia) che decida di servirsene, stabilendo un listino prezzi d'accordo con un gruppo di artigiani.

5.2. Gli “alloggi/palestra”

a. *Introduzione*

Le persone disabili hanno come bisogno primario e fondamentale quello di vivere in un ambiente domestico conformato alle loro particolari condizioni fisiche, vale a dire un ambiente sicuro, confortevole e che consenta loro la massima autonomia e socializzazione. E' difatti scontato che le tipologie che ospitano una particolare fascia di utenza influenzano in modo determinante i loro comportamenti (Palumbo, 1993).

Puntare a fornire a questi individui gli strumenti che permettano loro di rendersi il più possibile autonomi, pienamente inseriti e in grado di dare un contributo attivo alla società, significa anche sollevare le istituzioni da gravosi e onerosi compiti assistenziali, ai quali, comunque, non sono state finora in grado di dare una risposta soddisfacente.

Il reinserimento socio-professionale del disabile non può però prescindere da un precedente reinserimento familiare, che si verifica innanzitutto con il riappropriarsi dello spazio domestico divenuto inadatto alle nuove condizioni fisiche. Raggiungere questo obiettivo, qualunque sia la condizione di partenza, non è né immediato né facile per i soggetti interessati.

L'intervento sull'abitazione si presenta infatti quasi sempre oneroso dal punto di vista economico e, se viene effettuato senza le dovute considerazioni preliminari, non offre la garanzia di un risultato soddisfacente. E' necessario inoltre districarsi in un mercato di oggetti, tecnologie e servizi orientato più a finalità commerciali piuttosto che a prestare un "servizio su misura" ad un'utenza spesso debole e comunque non esperta.

L'utilizzo, nell'ambito del “programma riabilitativo” specifico per ogni pz., di un periodo di presenza “supervisionata” in tali appartamenti, si propone di portare un notevole aiuto nel recupero dell'autonomia domestica di coloro che vengono a trovarsi in una situazione di disabilità motoria, offrendo la possibilità di compiere le scelte più appropriate nell'adattare l'abitazione alle nuove esigenze.

b. *Finalità dell'”alloggio/palestra”*

Le persone che vengono colpite da una malattia o da un evento traumatico che ne compromette seriamente ed improvvisamente le capacità motorie vivono, in seguito a questo episodio, un impatto estremamente negativo con lo spazio costruito.

Facendo particolare riferimento all'ambiente domestico, si può osservare che coloro le cui funzionalità si deteriorano poco a poco nel tempo - come accade agli anziani o alle persone colpite da malattie degenerative - hanno la possibilità di adattare nel corso degli anni l'abitazione alle proprie difficoltà; oppure riescono ad adeguare progressivamente il proprio modo di vivere alle carenze della casa, accontentandosi, per così dire, di una qualità di vita inferiore.

Al contrario, un individuo che vede la propria esistenza repentinamente sconvolta da una grave disabilità motoria, se non è in grado di adeguare in tempi rapidi ed in modo opportuno l'ambiente domestico alle proprie necessità può risultare talmente impedito nello svolgimento di qualsiasi attività, da non riuscire a soddisfare nemmeno le esigenze fondamentali di vita.

Quindi, mai come nel caso di questi utenti, un valido intervento sullo spazio abitativo è in grado di determinare la possibilità di svolgere in modo autonomo le principali occupazioni quotidiane, condizionandone fortemente la possibilità di sfruttare al meglio le capacità residue.

Per risolvere alcune delle problematiche individuate, si prospetta l'attivazione di un progetto che veda l'impiego di due alloggi, gestiti direttamente dall' équipe riabilitativa che ha in carico il pz., attrezzati in modo da perseguire le seguenti finalità:

- offrire ai pazienti disabili durante il periodo di riabilitazione ospedaliero un soggiorno che li veda inseriti in un vero ambiente domestico, in cui simulare nel modo più efficace i compiti e le difficoltà della vita quotidiana, per realizzare valutazioni e riflessioni sulle scelte migliori per adattare la propria abitazione.

In questo spazio l'utente avrà modo, con l'assistenza dei vari componenti l'équipe specialistica (medico, terapeuta della riabilitazione, logopedista, infermiere professionale) affiancati, ove

opportuno, da componenti la rete sociale di supporto (familiari, amici, addetti all'ADI, ecc), di sperimentare dal vivo molteplici modalità per riappropriarsi in autonomia dello spazio domestico valutando dimensioni, materiali, tecnologie, soluzioni. Avrà inoltre modo, progressivamente, di valutare la sua capacità di riacquistare quelle capacità di interazione con l'esterno (fare la spesa, andare dal barbiere, ecc.) che risultano essenziali per lo svolgersi di una vita "normale" nonostante le modificate abilità.

Una volta terminato il periodo di prova, il disabile, attraverso questa "attività riabilitativa integrativa" dovrebbe avere acquisito notizie sufficienti riguardo alle modifiche da apportare alla propria residenza e agli strumenti necessari per renderla vivibile.

- fornire al personale riabilitativo la possibilità di valutare con sicurezza il reale grado di autonomia raggiunto dal paziente nelle attività quotidiane, per confermare o meno l'opportunità di un rientro definitivo al domicilio.

c. Modalità di gestione del progetto

Il progetto prevede che vengano allestiti due alloggi:

- uno per utenti disabili in grado di raggiungere un'autonomia completa, con e senza l'utilizzo di ausili, nello svolgimento delle attività domestiche ("autonomia attiva");
- uno per utenti con gravi disabilità per i quali è pensabile il raggiungimento dell'autonomia nell'ambito dello svolgimento di singole attività, ma per i quali è indispensabile la presenza di assistenza per lo svolgimento di tutte le altre attività ("autonomia passiva").

Enti partecipanti al progetto

1. Comune di Brescia: fornisce 2 alloggi in uno stabile di sua proprietà pronti per essere attrezzati secondo le esigenze espresse dall'ente ospedaliero presso il quale il paziente compie il ciclo riabilitativo
2. Casa di cura accreditata "Domus Salutis" di Brescia: ente ospedaliero che gestisce i due alloggi
3. Associazione "XYZ": associazione promotrice del progetto che si fa carico delle spese principali per attrezzare i due alloggi
4. Altri: ditte o imprese che mettano a disposizione a titolo gratuito i propri prodotti o si pongano quali sponsor

Criteri di ammissibilità

Potranno accedere agli 'alloggi palestra' individui malati meritevoli di tale intervento riabilitativo intensivo, le cui condizioni vengono portate all'attenzione dell'équipe riabilitativa multidisciplinare della Unità Operativa Medicina Riabilitativa 2 della Casa di Cura "Domus Salutis" da medici di strutture ospedaliere per acuti o da medici del territorio.

In particolare i requisiti distinti per tipologia di paziente sono:

- Paziente con paraplegia

- paziente motivato (persona conscia della propria situazione, persona che abbia superato problemi di depressione, ecc.)
- paziente che non abbia in atto altre patologie che ne controindichino la dimissione ospedaliera
- paziente in grado di compiere i trasferimenti in autonomia
- paziente in grado di utilizzare la carrozzina ad un buon livello (percorrere tratti di salita/discesa, superare piccoli dislivelli, ecc.)
- paziente in grado di gestire la cura e l'igiene personale in autonomia
- paziente in grado di gestire autonomamente problemi di continenza

- Paziente con tetraplegia

- paziente motivato (persona conscia della propria situazione, persona che abbia superato problemi di depressione, ecc.)
- paziente che non abbia in atto patologie che ne controindichino la dimissione ospedaliera

- paziente che possa contare sulla presenza continuativa di un assistente (familiare, persona dedicata, volontario, ecc.)
- paziente messo nella condizione di attivare, seppur con modalità differenti, un comando (ciò individua i livelli di utilizzo di ausili dedicati già sperimentati in ambiente ospedaliero durante il percorso riabilitativo)
- paziente che abbia acquisito stabilità e resistenza (3-4 h) sulla carrozzina
- Paziente con esiti di lesione cerebrale da trauma cranico encefalico
 - paziente i cui familiari siano motivati e possano fornire una presenza continuativa
 - paziente che non abbia in atto altre patologie che ne controindichino la dimissione ospedaliera
 - paziente che abbia acquisito una familiarità con la carrozzina
 - paziente in grado di collaborare con capacità di acquisire nuovi compiti
- Paziente con emiplegia da insulto ischemico o emorragico cerebrale
 - paziente motivato (persona conscia della propria situazione, persona che abbia superato problemi di depressione, ecc.)
 - paziente che non abbia in atto altre patologie che ne controindichino la dimissione ospedaliera
 - paziente in grado di collaborare con capacità di acquisire nuovi compiti

Attività da svolgere nelle 2 unità abitative

- possibilità di utilizzare in ambiente domestico differenti dispositivi-ausili che aumentino la capacità di autonomia,
- poter dare al paziente la possibilità di pensare in un'ottica futura e dunque affrontare i problemi di reinserimento familiare e sociale (adattare il proprio alloggio, verificare le proprie potenzialità lavorative rispetto alla precedente ovvero ad una nuova situazione lavorativa)
- verificare, anche insieme ai familiari, la possibilità di 'vivere la città' (muoversi in città, utilizzare mezzi pubblici e privati, frequentare luoghi di svago, ecc.)
- offrire il supporto di conoscenze tecniche specialistiche degli operatori ai datori di lavoro per gli adattamenti più opportuni del posto di lavoro nel reinserimento lavorativo

d. Ricadute del progetto

L'importanza della realizzazione di tale progetto riveste molti ambiti con valenze multidisciplinari che hanno ricadute positive a breve e lungo termine. I punti qualificanti il progetto possono essere riassunti come di seguito:

- progetto a livello sperimentale ed innovativo poiché gli alloggi pre-dimissioni non sono inseriti nell'ambito della struttura ospedaliera presso la quale il paziente compie il percorso riabilitativo (così come accade in alcuni centri di riabilitazione stranieri ed italiani – Ospedale 'Morelli' di Sondalo), ma distaccati dalla struttura ospedaliera stessa, realizzando così una situazione più aderente alla realtà in cui si troverà il paziente una volta dimesso sia in relazione con gli spazi domestici, sia con quelli urbani,
- possibilità per il personale sanitario di verificare "oggettivamente" il grado di autonomia raggiunta dal paziente e di conseguenza correggere e migliorare l'iter riabilitativo,
- possibilità per il paziente di verificare la 'nuova dimensione' in cui si trova, capire e pianificare i cambiamenti da apportare al proprio alloggio e le strategie comportamentali da assumere per una vita autonoma,
- il paziente che ha raggiunto la massima autonomia possibile, dopo essersi 'misurato' anche in un ambiente che riproduce la realtà di tutti i giorni, sarà persona attiva "portatore di bisogni", ma anche "portatore di risorse" e dunque "consumatore"
- diminuzione del "wandering", fenomeno caratterizzato dal continuo passaggio nel tempo del pz. in diverse strutture riabilitative senza raggiungere livelli soddisfacenti di autonomia

- il progetto bene si integra con altri servizi, di cui alcuni sperimentali, erogati dal Comune di Brescia quali la spesa via telematica, il monitoraggio costante di persone anziane, il servizio di lavanderia domiciliare, ecc.
- la presenza e la gestione dei due alloggi avrebbe un forte impatto (“effetto volano”) sulla fruibilità del tessuto urbano e delle infrastrutture aperte al pubblico presenti nel Comune di Brescia e sulla capacità dei servizi di rispondere adeguatamente alle esigenze delle persone disabili.

6. Articolazione del progetto

Sia per individuare i bisogni dell' "uomo fragile" che per suggerirne soluzioni, non esiste una sola strada, quella tecnica, connotata dal know-how delle singole discipline e dalle relative modalità di studio e lavoro. Forse non basta neppure suggerire od imporre uno sporadico interfacciamento fra chi, per ruolo e competenze, individua i bisogni e chi, sempre per ruolo e competenze, progetta il loro soddisfacimento.

Infatti l'approccio tecnico, che si fonda sulla razionalità disciplinare, privilegia regole, standard, funzioni, norme, controlli. In altri termini, quanto si può agevolmente parametrare, quantificare, dominare. Non c'è spazio, ed al momento non può esservi, per la sfera della fantasia, per quel lato umanistico che nei fatti, invece, connota ogni cosa (Palumbo, 1993). Nel caso, ad esempio, di un servizio ospedaliero, l'individuazione dei bisogni e le proposte progettuali non riescono a conciliare la funzionalità con l'umanizzazione.

Ecco perché non può bastare il semplice, sporadico, interfacciamento tra fruitore del servizio e personale sanitario, ma occorre un vero e proprio "spazio progettuale" a cui concorrono il pz., le persone "significative" del suo mondo sociale, e l'insieme di "tecnici della riabilitazione" (medici, terapeuti, logopedisti ecc.) affiancati da professionalità presenti sul territorio (assistente sociale, ecc.).

6.1. Personale

Per quanto riguarda il personale, la professionalità dovrà essere vista non solo come capacità e competenza tecnico scientifica, ma anche per le caratteristiche organizzative e per gli aspetti psicologici, comunicativi e relazionali che dovranno caratterizzare il rapporto tra questi ed i pazienti (Guzzanti, Mastrilli, 1993). L'aggiornamento permanente, il rinnovamento dei processi formativi ed i nuovi concetti di bioetica formano la base per recuperare i valori umani e per creare un servizio riabilitativo a misura d'uomo.

Per rispondere a questa esigenza di rispetto, professionalità ed umanizzazione del servizio, l'équipe multidisciplinare (DPR, 1997) prevede la presenza delle seguenti figure con contratto di dipendenza:

- medico specialista
- terapeuta della riabilitazione
- logoterapeuta
- infermiere professionale

cui si aggiungono per interventi particolari le seguenti figure professionali con contratto di libera professione:

- architetto od ingegnere civile con esperienza nel ramo della riabilitazione
- psicologo
- assistente sociale
- informatico

Le sovraelencate figure professionali sono impegnate, con tempi e modalità diverse, all'interno del Servizio Occupazionale occupandosi sia del settore consulenza per esterni che del programma riabilitativo dei degenti. Seguono inoltre il programma di "attività riabilitativa integrativa" presso i 2 alloggi/palestra disponibilizzati dal Comune di Brescia. Il personale dedicato al progetto di Terapia Occupazionale per il primo periodo è prevedibilmente formato da 1 persona per tipologia salvo le figure del Medico Specialista e del Terapeuta della riabilitazione che prevedono l'impegno di 2 e 3 persone rispettivamente.

6.2. Compiti e formazione specifica

Esaminiamo ora individualmente le figure preposte a questo servizio chiarendone: ruolo, formazione necessaria, tempi medi di intervento per singolo pz./utente.

* **Medico specialista:**

ruolo: è il coordinatore del programma riabilitativo specifico per l'utente/pz, come tale si occupa di armonizzare gli interventi delle differenti figure professionali garantendo sempre l'aderenza delle proposte tecniche alle caratteristiche psico-fisiche del pz./utente in questione

formazione: è richiesta una buona formazione clinica cui si debbono aggiungere esperienze acquisite con corsi e "sul campo" nella gestione degli ausili.

Si richiede anche una buona conoscenza delle dinamiche di gruppo.

presenza: nei tre momenti chiave del lavoro di équipe per ogni pz.: ingresso nel servizio, dimissione dallo stesso ed eventuale afferenza al programma di "attività riabilitativa integrativa". Rispetto a quest'ultimo punto, garantisce la supervisione medica giornaliera al domicilio.

E' a disposizione per ulteriori richieste di intervento da parte degli altri componenti l'équipe.

Mediamente la presenza può essere quantificata in

120 minuti per le due riunioni (60'x2) +

70 minuti giornalieri per la supervisione del pz. all'alloggio/palestra (40' di viaggio AR + 30' a domicilio) x 7gg che è la durata della permanenza del pz. nell'alloggio

TOT. parziale: 610 minuti (ovvero 10,16 ore) per 1 programma pz. completo

A questi vanno aggiunti i 4 follow-up previsti nel giro di 24 mesi (30' l'uno).

Per un TOTALE di 730 minuti (pari a 12,16 ore)

* **Terapista della riabilitazione:**

ruolo: ricopre il ruolo di operatore principale per ciò che concerne l'insegnamento all'utilizzo corretto di ausili ed accorgimenti escogitati nelle riunioni plenarie.

Giornalmente si occupa del pz. impostando e rispettando una progressione riabilitativa.

Qualora il pz. afferisca all' "attività riabilitativa integrativa" dell'alloggio/palestra, si occupa anche della riabilitazione sul territorio (es. spesa al supermercato, utilizzo di taxi, ecc) dello stesso.

formazione: è richiesta la partecipazione attiva a corsi di formazione sulle modalità di prescrizione ed utilizzo degli ausili.

Deve conoscere le tecniche di utilizzo dei materiali termo-modellabili.

Deve partecipare alle principali fiere del settore onde mantenere l'aggiornamento sulle strumentazioni disponibili sul mercato.

Deve avere minime conoscenze di meccanica onde essere in grado di apportare piccoli cambiamenti sugli ausili.

E' richiesta la capacità di accedere alla banca dati con computer ed utilizzare la connessione via internet.

Deve aver effettuato il corso di accreditamento per la somministrazione della F.I.M. (*Functional Independence Measure*)

presenza: giornaliera nei tre luoghi privilegiati: palestra T.O., reparto di degenza; alloggio/palestra

Mediamente la presenza può essere quantificata in:

120 minuti per due riunioni (60'x2) +

60 minuti giornalieri per pz in regime di degenza per una media di 30 gg (=1800 minuti) +

120 minuti giornalieri per pz. in alloggio/palestra + 40' per viaggio A/R x 7 giorni (1120 minuti)

Per un TOTALE di 2920 minuti (pari a 48,30 ore)

* **Logoterapista:**

ruolo: la sua presenza è richiesta ogni qualvolta vi siano necessità legate a problemi di disfagia o comunicazione.

La sua azione è rivolta al pz. ma anche a coloro (parenti, amici) che vivono con lui o collaborano nella sua ricerca d'autonomia.

Qualora il pz. afferisca all' "attività riabilitativa integrativa", accompagna il pz. negli esercizi di comunicazione "sul terreno".

formazione: è richiesta una buona esperienza clinica.

Deve conoscere adeguatamente gli ausili per comunicazione ed alimentazione.

presenza: è sempre richiesta una sua valutazione iniziale relativa alle capacità di alimentazione e comunicazione.

Nel caso ne riscontri l'opportunità, associa alle classiche "sedute riabilitative" la sua presenza negli "ambienti per simulazione" presenti in palestra T.O. e nell' "attività riabilitativa integrativa".

Mediamente la presenza può essere quantificata in:

120' per due riunioni (60'x2)+

60' per valutazione iniziale

Per un TOTALE di 180' (pari a 3 ore)

+

Nel caso di "presa in carico" del paziente, si aggiungono:

60 minuti giornalieri per pz in regime di degenza per una media di 30 gg (=1800 minuti) +

60 minuti giornalieri per pz. in alloggio/palestra + 40' viaggio A/R x 7 giorni (=700 minuti)

Per un TOTALE di 2500 minuti (pari a 41,30 ore)

*** Infermiere professionale:**

ruolo: si occupa di insegnare al pz., od alla rete sociale di supporto, quell'insieme di tecniche riferite allo svolgimento dell'igiene personale (ivi compresa le problematiche relative all' evacuazione di sostanze organiche) ed alla prevenzione delle lesioni da decubito.

Mantiene i contatti con il reparto di degenza al fine di trasmettere progressivamente il resoconto dei progressi ottenuti affinché questi vengano rispettati anche nelle attività quotidiane del reparto stesso (cfr. capitolo 11/scheda11).

formazione: buona esperienza clinica.

Partecipazione a corsi dedicati alla prevenzione delle lesioni da decubito, alla gestione dei cateteri vescicali e delle stomie.

presenza: è sempre richiesta una sua valutazione iniziale rispetto alle capacità di igiene autonoma ed i rischi di decubiti.

In caso di necessità sensibilizza le professionalità del reparto di degenza per favorire nel pz. l'apprendimento delle metodiche necessarie associando, quando necessario, l'addestramento negli "ambienti per simulazione" o nei domicili afferenti all' "attività riabilitativa integrativa". In quest'ultimo caso, si preoccupa di trasmettere indicazioni specifiche ai colleghi dell' assistenza domiciliare integrata.

Mediamente la presenza può essere quantificata in:

120' per due riunioni (60'x2)+

60' per valutazione iniziale

Per un TOTALE di 180' (pari a 3 ore)

+

Nel caso di "presa in carico" di pz, si aggiungono:

60 minuti settimanali per pz in regime di degenza per una media di 30 gg (=240 minuti) +

120 minuti settimanali per pz. in alloggio/palestra + 80' viaggio A/R (=200 minuti)

Per un TOTALE di 620 minuti (pari a circa 10 ore)

*** Architetto od Ingegnere civile:**

ruolo: suggerisce l'allestimento del domicilio definitivo coordinando, quando richiesto, il gruppo di artigiani che intervengono a domicilio (cfr. "pacchetto servizi").

Si occupa di ottimizzare gli ambienti degli alloggi/palestra rispetto alle esigenze del pz.

formazione: esperienza di ingegneria civile e di "ingegneria della riabilitazione".

Buona conoscenza delle norme che regolano gli interventi edilizi a favore dei disabili.

presenza: quando ritenuto necessario dall'équipe sanitaria per il presentarsi di problemi "strutturali".

*** Psicologo:**

ruolo: duplice, verso l'équipe e verso il pz./utente.

L'équipe di Terapia Occupazionale essendo in prevalenza composta da personale sanitario, è spesso maggiormente portata a vedere l'aspetto organico ed obiettivo della menomazione, dimenticando una corretta valutazione del disagio, indotto nel pz./utente dalla minorazione, nel rapportarsi con la società. Importante è anche la corretta valutazione delle capacità cognitive del pz./utente ed il potenziale impatto psicologico dell'ausilio poiché l'utilizzo di questo in pubblico non è talvolta vissuto con la stessa disinvoltura e serenità che userebbe una persona non disabile per qualunque ausilio lavorativo. L'ausilio contribuisce infatti ad esteriorizzare una disabilità e con esso ci si può confrontare a mente serena e libera solo se la disabilità è stata accettata (Andrich, 1988).

formazione: conoscenza delle dinamiche di gruppo con particolare attenzione alle problematiche da "born-out".

Conoscenza dei "gruppi Balin".

Specifica preparazione rispetto alle problematiche della disabilità.

presenza: nelle due riunioni di inizio e fine intervento. Quando eventualmente richiesto dall'équipe sanitaria per problemi specifici.

Mediamente la presenza può essere quantificata in:

120' per due riunioni (60'x2)

*** Assistente sociale:**

ruolo: rappresenta il "trait d'union" tra l'équipe della nostra struttura riabilitativa ed il territorio con i suoi servizi ed agevolazioni (ADI, ASL, ecc.). Si occupa, quando richiesto (cfr. "pacchetto servizi"), dell'espletamento dell'iter burocratico per il riconoscimento delle agevolazioni cui il pz./utente ha diritto.

formazione: è richiesta un'ottima conoscenza delle leggi in materia di handicap.

presenza: nelle due riunioni di inizio e fine progetto riabilitativo per il singolo pz./utente.

E' previsto per ogni pz./utente un incontro i familiari o persone della "rete sociale".

Mediamente la presenza può essere quantificata in:

120' per due riunioni (60'x2)+

30' per una riunione con familiari

Per un TOTALE di 150 minuti (pari a 2,5 ore)

*** Informatico:**

ruolo: esperto nell'utilizzo, gestione e programmazione dei computer

formazione: è richiesta la conoscenza dei principali ausili e sussidi per la comunicazione nonché la capacità di adattare pacchetti software a particolari esigenze e sviluppare piccoli programmi "ad hoc". E' richiesta inoltre buona capacità didattica per favorire l'apprendimento dell'utilizzo dei mezzi informatici da parte di disabili.

presenza: Quando eventualmente richiesto dall'équipe sanitaria per problemi specifici.

Mediamente la presenza può essere quantificata in:

120' per due interventi specifici (60'x2)

7. Relazione tecnica

L'ambiente di Terapia occupazionale prevede vari spazi rispondenti alle esigenze dei pazienti/utenti. In particolare si distinguono un settore ausili con possibilità di ambulatorio di consulenza per esterni, degli ambienti per simulazione, un laboratorio per adattamenti strumentali, un magazzino.

7.1. Settore ausili (*Tools for living*)

Lo standard internazionale ISO 9999/EN 29999 degli ausili, approvato nel 1992 ed attualmente il più diffuso, ha elaborato una definizione dei concetti di ausilio e presidio, inglobandoli nell'unico termine di "Assistive device". Con tale termine si intende "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 od handicap".

Recentemente si è assistito al processo di revisione della classificazione ISO 9999, con la stesura di una nuova classificazione definita ICIDH2, che considera cinque dimensioni (condizione di salute; menomazioni; attività; partecipazione; fattori contestuali). Questa nuova classificazione sottolinea una evoluzione del concetto di ausilio con il passaggio da una visione sanitaria ad una visione più sociale, dove il ruolo dell'ausilio diventa quello di favorire la partecipazione delle persone disabili alle attività sociali, lavorative e ricreative.

In quest'ottica l'ausilio possiamo considerarlo come uno strumento che serve in particolare alla persona disabile (ed a chi la aiuta) per fare ciò che altrimenti non potrebbe, o per farlo in modo più sicuro, più veloce, più accettabile psicologicamente, od infine per prevenire l'instaurarsi o l'aggravarsi di una disabilità (Andrich, 1988).

Gli ausili rappresentano difatti quegli "attrezzi per la vita di tutti i giorni" che concorrono al recupero della qualità di vita della persona con una menomazione tale da incidere sulla funzione. E' intuitivo come l'ausilio sarà tanto più efficace quanto più il contesto culturale guarderà alla disabilità come ad una dimensione non da nascondere o dimenticare, ma da accogliere e valorizzare (Andrich, 1988).

La prescrizione degli ausili, così come quella di ortesi e protesi, dovrebbe seguire un percorso razionale. Purtroppo, invece, molte volte la prescrizione non viene fatta nel rispetto dell'indicazione di prognosi funzionale, tempi e modalità di utilizzo, obiettivi da raggiungere. La consegna dell'ausilio non appare allora molto di più che la consegna di una sorta di "bonus" come compensazione del danno subito, con una visione da vero e proprio riconoscimento dell'invalidità che si chiude in sé stessa (Giustini, 2000). Sappiamo invece bene come in riabilitazione ogni prescrizione deve essere un vero atto di presa in cura, fortemente correlato a tutte le altre forme di terapia riabilitativa che di volta in volta possono essere necessarie. In quest'ottica, la prescrizione dell'ausilio supera il puro momento "burocratico" meramente prescrittivo per allargarsi ad un lavoro di équipe multidimensionale che supporta il disabile nella sua ricerca personale ed unica dell'autonomia.

Troppe volte la rinuncia al tempo necessario per lo studio, la prova e l' "integrazione" con l'ausilio, produce solamente una spesa della comunità o del singolo che non si riflette su un reale miglioramento dell'autonomia ma porta solamente alla sotto- o non utilizzazione dello strumento.

L'azione dell' équipe afferente al servizio di Terapia Occupazionale riguardo alla prescrizione di ausili vede così una consequenzialità di atti che precedono la fase di acquisizione vera e propria dell'ausilio scelto. Questo perché la funzione globale dell'uomo può trovare ragioni di compenso anche in settori e con forme apparentemente molto lontane dal punto di emergenza della lesione funzionale (Belloi, 1990). A parità di malattia, diversi individui possono essere caratterizzati da manifestazioni sintomatologiche, gravità e progressione molto diverse a seconda della capacità reattiva e delle risorse biologiche del soggetto colpito. A fronte di questa realtà, la diagnosi da sola, non permette la valutazione quantitativa del supporto necessario e non misura i cambiamenti nel tempo. La valutazione dei sintomi espressi in base al consueto metodo anamnestico, senza informazioni adeguate sui dati

funzionali ed ambientali, spesso si traduce in impossibilità ad una lettura corretta dell'evento. E' necessario allora in qualche modo comprendere come la patologia ha agito sulla funzione riducendola od annientandola. Non solo, ma quando molteplici sono le funzioni perse, bisogna saper scegliere quali recuperare prima o, in alcuni casi, quali recuperare a scapito di altre. Non è sufficiente cioè una "ricognizione dei danni", a questa deve seguire la corretta valutazione della loro incidenza sulla funzione, poiché la funzione residua può essere tale da consentire una qualità di vita soddisfacente.

L'équipe multidisciplinare ha, allora, come primo compito quello di saper correttamente individuare i problemi funzionali. Per questo passaggio si avvarrà degli "ambienti per simulazione" presenti nella palestra di Terapia Occupazionale e del programma di "attività riabilitativa integrativa", svolta nei due alloggi/palestra, come di due risorse indispensabili per valutare "sul campo" i problemi funzionali.

L'attività di "counselling" richiede inoltre la capacità di saper analizzare la situazione della persona disabile, le esigenze di vita quotidiana, di scuola, di lavoro, di relazione sociale, le motivazioni e le aspirazioni oltre alle possibilità concrete di realizzazione delle stesse. Occorre inoltre saper distinguere tra gli interventi che è opportuno eseguire sull'ambiente architettonico e gli strumenti di cui è opportuno dotare la persona disabile per adattarla all'ambiente. E' necessario, infine, saper individuare in linea di massima l'insieme di tipi di ausili utili alla soluzione del caso, e scegliere il livello tecnologico appropriato. A tale scopo occorre possedere una sufficiente conoscenza delle possibilità esistenti (Andrich, 1988).

L'équipe di Terapia Occupazionale è chiamata a compiere delle scelte che non possono non coinvolgere, non considerare "primo attore", il diretto interessato, ovvero il paziente/utente. L'approccio al problema autosufficienza non può quindi discostarsi da un percorso, da una serie di "tappe tecniche" necessarie a "scoprire insieme" la strada riabilitativa da percorrere.

E' chiaro che l'utilizzo in questo percorso finalizzato alla facilitazione di una scelta corretta, non può essere visto, di per sé, come uno strumento automatico di prescrizione. Al di là dell'evidenza, la sensibilità umana e professionale dei componenti l'équipe debbono permettere l'individuazione di percorsi curativi non ancora scoperti o evidenziati da qualsivoglia metodo. Se così non fosse, qualunque computer potrebbe svolgere il lavoro più rapidamente e precisamente di noi.

Per comodità, ancora una volta, distingueremo qui di seguito il concetto di "paziente" da quello di "utente". Definiamo "paziente" il soggetto disabile che accede al servizio di Terapia Occupazionale in regime di ricovero; "utente" colui che invece giunge direttamente dal territorio.

a) *Analisi preliminare:*

Soggetti: *per pz. ricoverati nella struttura >> équipe T.O.+ medico e caposala del reparto di degenza interessato

*per utenti afferenti dal territorio >> équipe T.O. + proponente (può essere l'utente stesso, il medico di base, l'assistente sociale, ecc.)

Scopo: individuare correttamente il problema alla luce della patologia clinica, della situazione attuale e della possibile evoluzione (*a titolo di esempio possiamo pensare alla grande differenza che passa tra studiare un ausilio per un pz. con esiti di ictus cerebrale ed un altro con Sclerosi Laterale Amiotrofica. Nel primo caso ci troviamo di fronte ad un quadro stabilizzatosi, nel secondo ad un quadro evolutivo*)

Tempo: è opportuno che questa prima fase venga affrontata molto precocemente, appena si è in grado di conoscere adeguatamente la situazione clinica del pz.

Orientativamente, tale fase può essere individuata tra il 5° e 7° giorno di degenza. Si tratta difatti di una struttura riabilitativa ove i pz. dovrebbero, per definizione, accedere con un avanzato inquadramento clinico.

Conclusioni: * pazienti: questa prima fase può portare a due conclusioni differenti

§ il Servizio può, almeno in linea teorica, dare concrete soluzioni al problema posto e già l'analisi preliminare ha fornito informazioni sufficienti per passare subito alla fase seguente

§ il Servizio è presumibilmente in grado di proporre soluzioni per il problema del pz., ma necessita di ulteriori dati e valutazioni prima di potersi esprimere in maniera definitiva

* utenti: questa prima fase può portare a tre conclusioni differenti

§ il Servizio cui l'utente si è rivolto non è in grado di erogare un aiuto significativo ai fini della risoluzione del problema posto. L'utente viene, ove possibile, indirizzato verso altre strutture capaci di fornire risposte totalmente o parzialmente adeguate

§ il Servizio può, almeno in linea teorica, dare concrete soluzioni al problema posto e già l'analisi preliminare ha fornito informazioni sufficienti per passare subito all'individuazione del/degli ausili appropriati

§ il Servizio è presumibilmente in grado di proporre soluzioni per il problema del pz., ma necessita di ulteriori dati e valutazioni prima di potersi esprimere in maniera definitiva

b) *Assessment:*

Termine caro alle scuole di Geriatria, con il quale si intende specificare la necessità di un approccio multidisciplinare al problema avente come centro la misura dello stato funzionale (Ferrucci, Gavazzi, et al., 1994). In maniera forse più completa, parleremo di "assessment funzionale multidimensionale" (Vecchi, 1990).

Difatti, soltanto una strategia basata sulla valutazione globale dei bisogni può fornire una esatta dimensione dei problemi del soggetto e garantire la corretta formulazione del piano di intervento finalizzato al mantenimento del massimo livello di autonomia personale e sociale. Il presupposto razionale su cui si basa questo strumento è che l'approccio funzionale costituisce una misura più adeguata dello stato di benessere rispetto alla valutazione biomedica basata sulla sola nosologia e fisiopatologia dei singoli quadri patologici. Lo stacco importante, rispetto ad un criterio di acquisizione di elementi statici, è quello di stigmatizzare come sia la funzione l'elemento di riferimento più importante, capace di meglio rappresentare l'importanza degli elementi che tendono a costruirla e definirla. E' quindi impossibile ricollegare direttamente ad una diagnosi clinica un certo deterioramento nella qualità di vita che nasce invece da uno squilibrio tra fattori sanitari, sociali e psicologici fortemente imbricati tra loro. Non si vuole, con questo, assolutamente disconoscere il valore di una diagnosi accurata, ma sottolineare il fatto che, frequentemente, esiste solo una modesta relazione tra la diagnosi e la capacità funzionale.

Soggetti: paziente/utente + équipe T.O. + figure significative dell'ambiente in cui il pz./utente sarà od è inserito

Scopo: individuare:

*"cosa ha e cosa vuole recuperare" il pz./utente rispetto all'autonomia.

*cosa "si può" realisticamente recuperare.

*in "che tempi" presumibilmente si otterrà il risultato

considerando due aspetti: -valutazione delle capacità motorie e sensoriali
 -valutazione delle capacità cognitive e linguistiche

Tempo: * pazienti: questo secondo “step” può essere correttamente affrontato una volta che sia stata correttamente delineata l’evoluzione della patologia e siano superate le situazioni di acuzie
* utenti: questo momento segue, ove necessario, la prima visita di presentazione del “caso”. Si ricerca una obbiettivazione concreta alle richieste soggettive.

Conclusioni: l’incontro tra “speranza e realtà”, “soggettivo ed oggettivo”, permette al gruppo di lavoro di proporre al pz./utente quel pacchetto di accorgimenti + ausili che meglio risponde alle necessità evidenziate.

c) Attuazione del progetto:

E’ la fase caratterizzata dall’interdipendenza tra pensiero ed azione: “provo, modifico, riprovo”.

Soggetti: pz./utente + équipe T.O. + ambiente sociale di riferimento

Scopo: - fornire al pz./utente strumenti validi per i fini preposti, realisticamente ottenibili, facilmente gestibili.
- addestrarlo adeguatamente all’utilizzo ed alla gestione dell’ausilio

Tempo: * paziente: la situazione clinica è al momento stabile; il pz. è in possesso delle capacità cognitive e fisiche per affrontare l’ausilio. Il pz. verifica le sue capacità all’interno degli “ambienti per simulazione”; inoltre gli può essere chiesto di accedere agli appartamenti di attività riabilitativa integrativa dove entrare in contatto anche con quei servizi sociali/assistenziali che lo assisteranno una volta al domicilio.

* utente: prova l’ausilio scelto negli “ambienti per simulazione”. Entra in possesso del proprio ausilio.

Conclusioni: il pz./utente rientra al domicilio avendo concluso il programma riabilitativo personalizzato.

c) Follow-up:

Il disabile rientrato a domicilio riscontra, nel tempo, una serie di problematiche che potrebbero, se trascurate, vanificare il lavoro svolto in precedenza.

Sinteticamente possiamo individuare difficoltà che insorgono per:

evoluzione (in senso migliorativo o peggiorativo) della patologia

modificazioni significative dell’ambiente di vita (dal cambio di tipologia d’autobus, al cambio di domicilio)

il subentrare di decisioni nuove rispetto al proprio stile di vita (un nuovo posto di lavoro, un nuovo modo di trascorrere il tempo libero, ecc.)

un non corretto uso dello strumento

Soggetti: utente + équipe T.O.

Scopo: ottimizzare l’efficacia del mezzo

Tempo: verifiche con cadenze prefissate, svolte in regime mutualistico a 3, 6, 12 e 24 mesi. Disponibilità a verifiche a richiesta dell’utente per problemi specifici.

7.2. Ambienti per simulazione

L'integrazione dell'individuo nello spazio-riabilitativo parte dalla possibilità che egli possa stabilire criteri certi di orientamento, cioè che si possa relazionare all'ambiente in un processo attivo, cognitivo ed affettivo. A tal fine, il requisito primario è che lo spazio sia articolato, non anonimo, e che abbia un carattere (Spinelli, Tucci, 1993). Ecco allora che nell'ambito della palestra occupazionale (cfr. progetto) vengono individuati quattro "ambienti per simulazione" caratterizzati da elementi di arredamento standard affiancati da elementi di arredamento modificati o studiati specificatamente per disabilità anche complesse.

Ove possibile, si è scelto di utilizzare elementi di arredamento reperibili c/o grandi magazzini (Cataloghi Ikea, 2000) ed adattamenti semplici degli stessi.

Per ciò che concerne la dotazione in ausili, si sceglie l'utilizzo di strumentazione data in comodato da alcune ditte leader del settore con la possibilità di richiedere in visione e prova per il pz. attrezzature con particolari accorgimenti. Questa scelta è motivata dalla necessità di ridurre l'impatto economico sulla struttura ma nel contempo dalla volontà di rimanere costantemente aggiornati potendo usufruire delle novità man mano presenti sul mercato.

L'accesso del pz./utente a tali spazi, permette alle figure professionali dedicate di eseguire allenamenti mirati, valutare necessità di modifiche od ausili, proporre al soggetto in cura ed entourage varie soluzioni ai problemi emersi.

L'oggettivazione dei risultati raggiunti per ogni ambiente di simulazione viene eseguita tramite la compilazione di una check-list che evidenzia i progressi e/o la necessità di aggiustamenti (cfr. schede 04, 05,06,07).

Sempre nell'ambito della palestra è prevista la presenza di un tratto di marciapiede standard ed una pedana ad assetto variabile per l'allenamento del disabile alla gestione degli ostacoli più comuni. All'esterno della palestra è rapidamente e facilmente raggiungibile un settore aperto ove è previsto un ampio percorso con varie difficoltà di pendenza, tipologia di pavimentazione, presenza di ostacoli ed anche "difficoltà meteorologiche".

L'ambiente (cfr. progetto) individuato come centro delle attività di terapia occupazionale è caratterizzato da una superficie utilizzabile di 110 m². L'area può utilmente essere suddivisa con pareti mobili in varie "zone" con caratteristiche di utilizzo differente:

a) **zona ufficio**

b) **zona letto**

c) **zona cucina**

d) **zona ausili** collegata ad un **percorso** (in parte coperto ed in parte all'aperto) per sperimentare gli ausili per la mobilità

Cui si aggiunge una **zona bagno** per disabili caratterizzata, ovviamente, da pareti "fisse".

I criteri per l'approntamento dei suddetti locali dovranno tener conto delle norme europee vigenti in materia (libertà di movimento, spazi minimi ed altezza minima/massima degli oggetti raggiungibili frontalmente o lateralmente) favorendo il disabile senza penalizzare la/le persone sane conviventi.

Si dovrà rinunciare a mobili "base" che verranno sostituiti da cassettiere e carrelli. Almeno la metà dei pensili dovrà essere raggiungibile da persona in carrozzina ed essere attrezzata con piani interni trasparenti onde favorire una veloce visione del contenuto.

Gli elettrodomestici (installati tra 25 e 150 cm di altezza) dovranno essere robusti per rispondere alle aumentate esigenze di appoggio della persona con handicap.

Il piano cottura sarà elettrico (in vetroceramica o simile) od ad induzione (facilmente ottenibile a Brescia nell'ambito di una convenzione tra ASM spa ("Azienda Servizi Municipalizzati") e ditta "Ocean" di Manerbio) onde evitare qualunque fiamma viva.

In "punti strategici" verranno posti maniglioni per permettere all'utente disabile di reperire facilmente un punto di equilibrio o spinta.

Le porte di accesso ai diversi locali saranno di differente concezione ("classica", tipo "saloon", girevole, a "sensore") onde permettere al disabile la scelta della soluzione migliore rispetto alle sue capacità residue ed alle caratteristiche dell'appartamento.

7.3 Laboratorio:

Localizzato nella medesima stanza del magazzino (con il quale condivide una superficie di 27.7 m²), è attrezzato con la strumentazione necessaria all'eventuale adattamento degli ausili al pz./utente. Consente inoltre l'effettuazione delle più semplici riparazioni.

E' a disposizione dei tecnici ortopedici esterni alla struttura ma convenzionati con la stessa per le operazioni di adattamento di ortesi ed ausili ai pz. stessi.

7.4 Magazzino:

Contiene il materiale necessario per le prove sul pz./utente. Tale materiale è regolarmente classificato all'interno di un "data base" e disponibilizzato su compilazione di una semplice scheda prestito (cfr. scheda 08)

La strumentazione disponibile è identificata da apposita etichetta autoadesiva indicante la classe ISO 9999:1998 + numero progressivo di 3 cifre + ultime due cifre anno di registrazione. (es.: se debbo classificare la quarta carrozzina disponibile in magazzino da quest'anno, indicherò: 12-004-00) (cfr. scheda 09).

8. Risultati

E' chiaro, spero, che lo scopo di questo progetto è quello di permettere alla persona disabile di rientrare degnamente nel proprio habitat, dove con questo termine " intendiamo la realtà fisica del sistema sociale e culturale (Nardi, 1993), recuperando uno stile di vite "proprio" e non sanitarizzato.

In una società dove sono imposti modelli e sono favoriti i gruppi che vi si riconoscono e li assecondano e dove il modello stesso obbliga ad essere giovani, belli, sportivi, sani ..., l'uomo con handicap è l'individuo non competitivo, quindi permanentemente o temporaneamente escluso dal gruppo. Ciò contribuisce a sancire la fragilità dei soggetti coinvolti, testimoniando anche il dominio di una generalizzata carenza culturale che si accompagna ad una altrettanto diffusa carenza progettuale. I diritti accresciuti di tutti troppo spesso non trovano poi nella realtà del quotidiano il giusto riscontro nella capacità del progetto di rispondere con prestazioni adeguate.

Il "processo riabilitativo", se correttamente svolto, non può, spesso, rendere al disabile ciò che era "prima"; può però, e deve, ottimizzare le sue risorse e permettergli un ritorno alla società con la certezza del suo essere ancora parte di questa.

In quest'ottica grande importanza assume la casa, vista come il "luogo dove si torna. L'habitat difatti, inteso come realtà fisica del sistema sociale e culturale, va valutato, progettato, protetto nel suo complesso (natura/ambiente costruito, residenza/servizi, tessuto sociale/culturale, ecc.) poiché rappresenta la "nicchia ecologica, lo spazio privato, la tana ove ci si rifugia". Questa sembra infatti essere l'interpretazione più corretta, meno tecnica, maggiormente fantastica, più omnicomprensiva del concetto riabilitativo di "ritorno".

In sintesi quindi, non questa o quella casa per questo o quell'uomo fragile, ma uno "spazio" (naturale e costruito, delimitato e non delimitato, di relazione e di privacy) che permetta al singolo di ritrovare se stesso, leggersi al suo interno, tessere rapporti. Uno spazio che non sia più un "niente", che non sia solo un contenitore di mobili e suppellettili caratterizzato dal non avere, paradossalmente, un carattere ed una qualità (Palumbo, 1993). Ecco che in questo progetto il concetto di riabilitazione avrà come perno proprio il paziente e la sua "casa", nel senso più esteso del termine cui si accennava poc' anzi.

Solo un "felice" rientro a casa garantirà infatti al paziente un reale e significativo ritorno all'autonomia, al personale sanitario la soddisfazione che nasce dal risultato raggiunto, alla società l'arricchimento che può venire da una persona capace di vita attiva, al sistema economico quel risparmio che proviene da spese correttamente finalizzate.

Per ottenere questo risultato è importante ricordare che il progetto riabilitativo, per quanto sovente complesso e ricco di molteplici apporti professionali, ha l'esigenza comunque sempre di essere strettamente unitario, integrando sinergicamente tempi, competenze, obiettivi e verifiche dei diversi interventi. Deve rispondere in modo trasparente, comprensibile e partecipato ai diritti di informazione e libera scelta della persona servita. Debbono essere noti e condivisi strumenti, tempi, obiettivi, rischi, costi (Giustini, 2000). Il risultato deve essere "lucidamente" valutato e valutabile nel tempo perché, come già sottolineato in precedenza, le cure riabilitative debbono essere offerte e realizzate solo e soltanto se fondate su presupposti evidenti e mirate al raggiungimento di precisi e dichiarati scopi.

Nel percorso riabilitativo la valutazione dei risultati deve applicarsi a campi complessi quali l'autonomia, la qualità e dignità di vita, in rapporto alle mutevoli caratteristiche individuali che interagiscono tra loro (compromissione motoria, funzionale, cognitiva, età, sesso, personalità, ecc.) ed a cui si aggiungono fattori di natura ambientale (contesto domiciliare, ambiente di lavoro, di svago, caratteristiche dei servizi disponibili sul territorio, ecc.).

In quest'ottica bisogna che ogni azione terapeutica debba dimostrare l'efficacia del proprio intervento nel modificare in "meglio" abilità e strategie motorie e relazionali.

La scelta di "misurare" i risultati ottenuti sul singolo nel tempo è, seppure molto complessa e fortemente limitata, irrinunciabile nell'ottica di una seria valutazione del "lavoro" riabilitativo effettuato. La quantificazione del risultato assume un'importanza che supera il singolo paziente/utente per assurgere ad indicatore della qualità di un servizio e dell'efficacia di scelte terapeutiche.

Appare quindi chiaramente “delicata” la scelta degli indicatori. E’ necessario associare sensibilità dello strumento a praticità e maneggevolezza dello stesso. Nell’ambito del progetto sino ad ora esposto, riteniamo significativo l’utilizzo di due scale di valutazione:

***Scala modificata di autovalutazione dell’adeguamento sociale** (Weissmann. Bothwell, 1976): richiede circa 20’ per la compilazione e da indicazioni rispetto all’autovalutazione della capacità di interazione sociale nelle ultime due settimane. Da utilizzarsi all’ingresso del paziente nel Servizio di Terapia Occupazionale ed al suo definitivo abbandono (dopo i follow-up previsti). Ci aspettiamo da questa un’indice che individui la validità del lavoro svolto al fine di permettere il “recupero delle conseguenze sociali dell’handicap”.

***Scala Functional Independence Measure** (Forer, Granger et al, 1987): viene somministrata da personale accreditato da un corso specifico. Richiede circa 20’per somministrazione. Il risultato può essere interpretato come un indice generale di disabilità. Da utilizzarsi in ingresso nel Servizio di Terapia Occupazionale e per monitorare i progressi (quindi da ripetersi nei momenti di verifica o “cambio” del lavoro riabilitativo: dimissione ospedaliera, inserimento di ausili, follow-up, ecc.) del paziente durante il percorso riabilitativo. Essendo una scala che da un indice di disabilità e non di menomazione, misura in realtà ciò che il paziente disabile è in grado di fare realmente ed attualmente quale che sia la sua diagnosi di menomazione. Rispetto all’inserimento di un ausilio, ci aspettiamo che ci “misuri” l’eventuale impatto positivo sulle capacità del paziente quantificando, nella nuova situazione, ciò che fa effettivamente “in più” rispetto a prima.

9. Scenari

Possiamo a questo punto schematizzare il percorso che verrà proposto ad un “paziente” od ad un “utente” che accederanno al nostro Servizio di Terapia Occupazionale. Ci serviremo di alcune tabelle per semplificare il discorso.

9.1 Percorso di “lavoro”

Tabella 01. percorso riabilitativo di un pz. che afferisce al Servizio T.O.

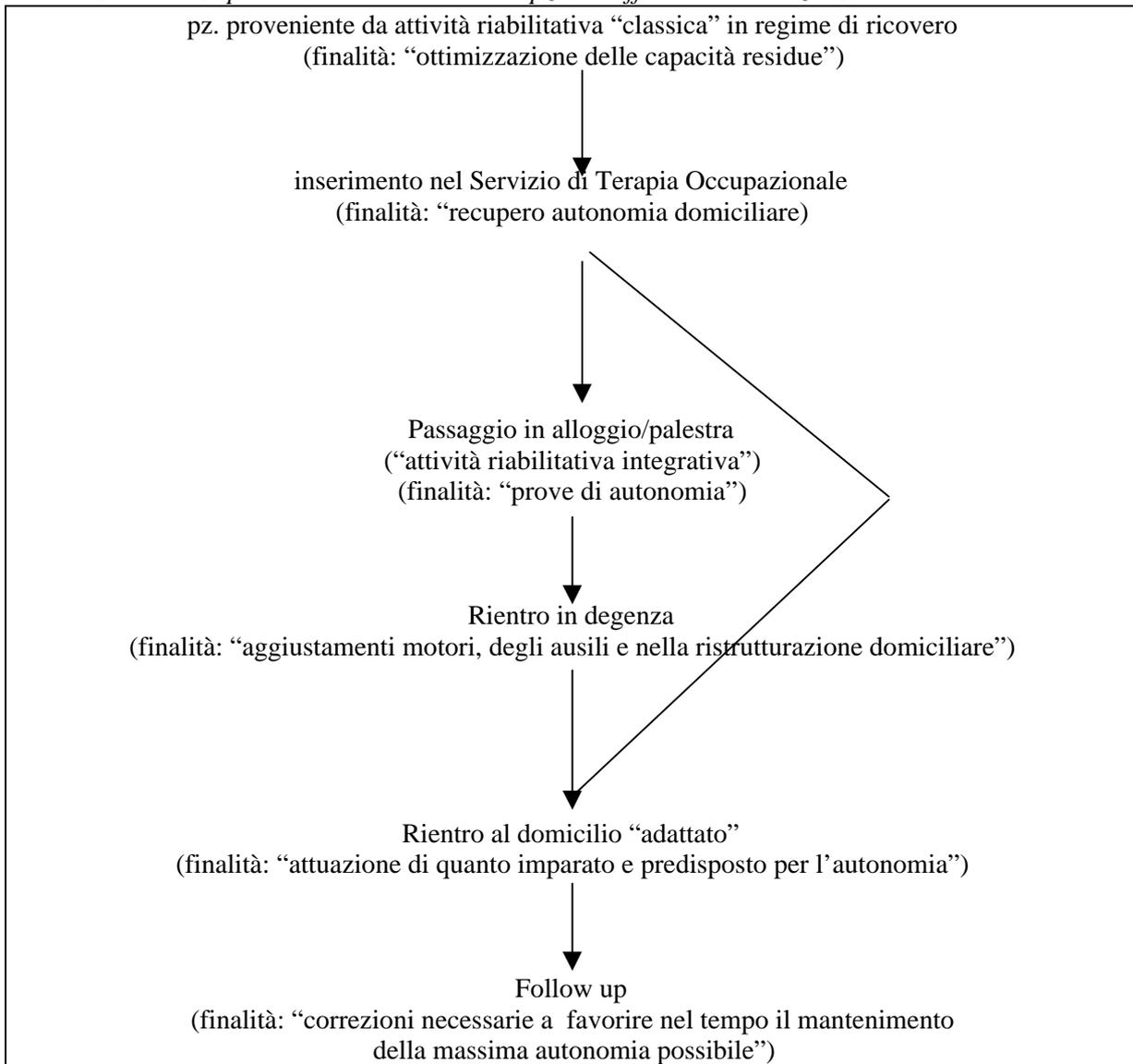
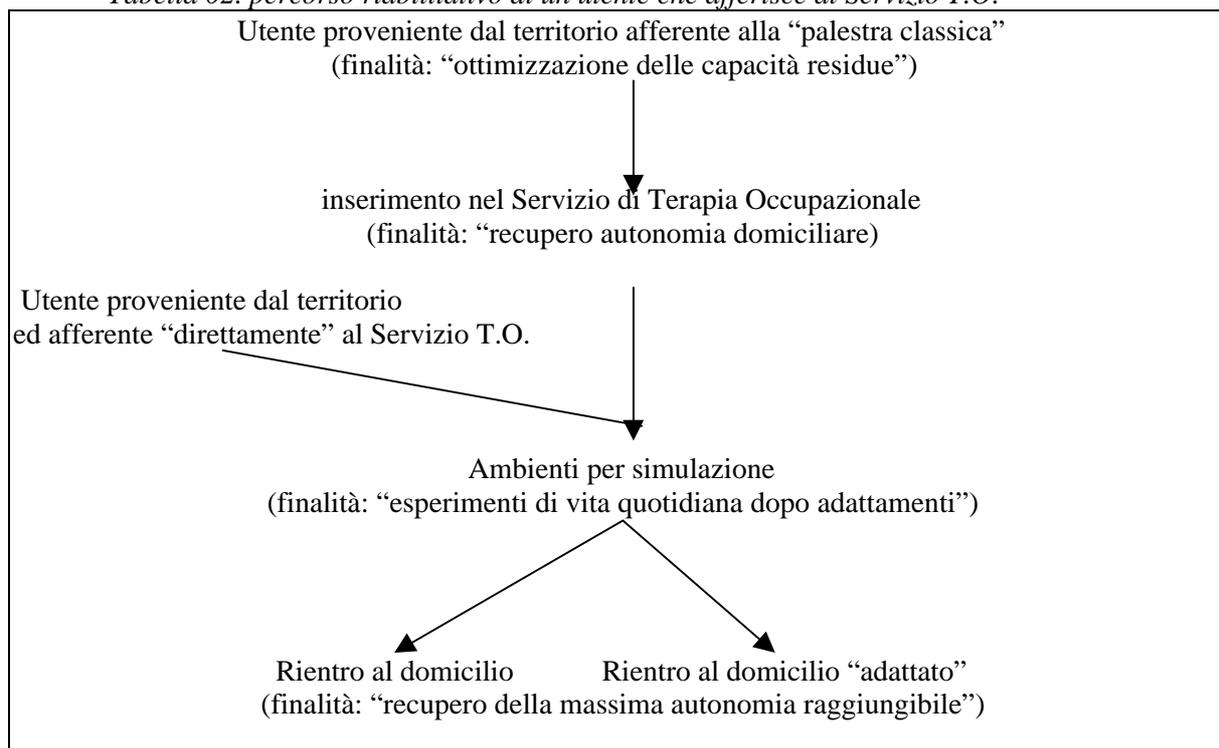


Tabella 02. percorso riabilitativo di un utente che afferisce al Servizio T.O.



9.2 Modalità di intervento

Tabella 03. Specificità di intervento dei vari settori

Luogo	Obiettivo	Personale dedicato	Soggetto
Palestra	Ottimizzazione capacità residue	Medico specialista Fisioterapista Logopedista	Paziente
Servizio di Terapia Occupazionale	Recupero della funzione persa	Medico specialista Fisioterapista Logoterapista Infermiere Professionale Assistente sociale Servizio tecnico	Paziente Parenti
Alloggio/Palestra	Esperimenti di "vita reale"	Medico specialista Fisioterapista Logopedista Assistente sociale del comune Infermiere professionale Servizio tecnico	Paziente Parenti Ambiente "aspecifico"
Domicilio "adattato"	Rientro nella vita reale	Fisioterapista per supervisione	Paziente Parenti Ambiente specifico

Tabella 04. Finalità di intervento dei vari "settori di servizio"

Settore	Personale	Tempi di intervento	Finalità
Sanitario	Medico specialista Fisioterapista Logoterapista	Dalla presa in carico dalla palestra all'autonomizzazione a	Permettere il recupero della funzione

	Infermiere professionale	domicilio	
Sociale	Assistente sociale	Dall'ingresso del pz. nella struttura riabilitativa sino alla sua autonomizzazione a domicilio	*Favorire l'accesso ai servizi disponibili sul territorio *Sostenere i partenti nei rapporti con i servizi di assistenza territoriali (ASL) *Favorire l'accesso a contributi (CEE, Associazioni, ecc.)
Tecnico	Ingegnere civile/Architetto Equipe Artigiani	Dalla presa in carico dalla palestra al passaggio al domicilio	*Adattare l'appartamento alle necessità in tempi rapidi e con costi conosciuti *Adattare gli ausili alle necessità peculiari

10. Piano economico

10.1. Personale

Si utilizza come parametro per il conteggio di questo capitolo di spesa il costo/ora delle varie figure professionali (tab.04) moltiplicato per il numero di ore impiegate per giorno per tipologia di pz. moltiplicate per la quantità di giorni teoricamente pensabili per patologia.

Tabella 04. Costo alla struttura per ora di impiego del sotto indicato personale

N°	Tipologia	Lire
1	Medico specialista (assistente)	43.016
1	Terapista della riabilitazione	28.312
1	Logopedista	28312
1	Infermiere professionale	29380

10.2. Attrezzature

Come accennato in precedenza, si è deciso di utilizzare, ove possibile, materiale reperibile comunemente nella grande distribuzione (11), adattabile alle esigenze specifiche. A ciò si sono aggiunti alcuni elementi particolari forniti da ditte specifiche per il settore handicap (29).

Nell'ambito del settore ausili, si è deciso di fornirsi del materiale "minimo" per iniziare un serio lavoro di consulenza. Tale materiale viene integrato, ove necessario, da quanto già presente nei reparti riabilitativi della struttura (penso ad esempio agli alza-water, alle carrozzine da trasporto, ai sistemi di immersione in vasca, ai letti articolati).

Il materiale verrà in parte acquistato ed in parte ottenuto in comodato d'uso. Materiale particolare (es. carrozzine elettroniche, monta-scale, ecc.) verrà rapidamente disponibilizzato per prove da alcuni negozi di Ortopedia Sanitaria che normalmente collaborano con la struttura. Tutto questo nell'ottica di ridurre inizialmente l'impatto economico sulla struttura e valutare l'azione del Servizio sul territorio.

Ad un anno dall'avvio è prevedibile un momento di riflessione e l'eventuale scelta di implementare ulteriormente il magazzino ausili.

**Arredamento ambienti per simulazione*

N°	Tipologia	Lire
1	Letto matrimoniale IKEA mod. "Halden" 168x211	290.000
1	Materasso matrimoniale IKEA mod. "Universum rigido" 160x200	840.000
2	Comodini IKEA mod. "Granäs" 55x41x61	338.000
1	Guardaroba IKEA mod "Granäs" 128x63x182	665.000
2	Aplique IKEA mod. "Sarla"	78.000
	TOTALE 2.211.000	
1	Cucina (con piastre elettriche/forno microonde) IKEA mod. "Applad" 210cmx190 cm	2.450.000
	Elementi cucina "FOKUS" ditta "elmi"	5.000.000
1	Miscelatore cromato con funzione doccia IKEA mod. "Sundsvik"	149.000
1	Frigorifero Whirlpool for IKEA mod. CBU 636 (litri110)	890.000
1	Forno integrato (microonde/grill/forno) Whirlpool for IKEA mod. MBI 305 bianco	480.000
1	Piano di cottura in vetroceramica con pannello di controllo a sfioramento Whirlpool for IKEA mod. HOB 490	1.100.000
1	Tavolo IKEA mod "Effektiv"+ gambe "a T h regolabile 68-76 cm" 120x60 cm (104-001-10-83) bianco	213.000
2	Sedie IKEA mod. "Kristian" in acciaio e plastica bianca	78.000
	TOTALE 10.360.000	

1	Water/ bidé "WC-VAmat" ditta "elmi" art. S10101114	5.225.000
1	Rialzo per Water ditta "SUNRISE Medical" art. A7170	71.760
1	Specchio IKEA mod. "Periskop" 60x60 cm	49.000
1	Mensola + accessori IKEA mod. "Periskop"	150.000
1	Mobiletto con ante IKEA mod. "Sparren" 30x37x95 cm	45.000
1	Sedia per doccia "la Rinascente" in plastica bianca	15.000
1	Lavatrice	600.000
1	Stendibiancheria	20.000
	TOTALE 6.157.760	
1	Scopa	12.000
1	Paletta	5.000
1	Spazzolone per pavimenti	12.000
	TOTALE 29.000	
1	Scrivania IKEA mod "Effektiv"+ gambe "sit-or-stand h regolabile 68-120 cm" 160x240 (106-002-10-83+106-003-10-83)	2.880.000
2	Sedie IKEA mod. "Procent"	358.000
1	Computer Packard Bell processore Pentium III 700 Mhz – 64 Mb Ram – Hard disk 20 Gb – lettore CD – lettore Microdisks 3.5" – modem/fax 56K – tastiera – mouse + Monitor 17"	2.599.000
1	Stampante HP a getto d'inchiostro, colori	600.000
3	Poltrona mod. "Poang" in faggio con fodera mod. "Gobo" blu	735.000
1	Libreria IKEA mod. "Kusk" 198x35 cm h 200 cm con scaffali aperti, chiusi e cassetti	789.000
1	Telefono fisso con funzione "vivavoce"	100.000
1	Abbonamento ad Internet	400.000
	TOTALE 18.821.000	
	TOTALE cumulativo: lire 37.596.760	

** Attrezzature per laboratorio*

Questo preventivo è stato fornito da un Tecnico Ortopedico cui è stata richiesta l'attrezzatura minima per approntare un laboratorio per la modifica di ausili.

N°	Tipologia	Lire
1	Banco di lavoro	
1	Morsa	
3	Pannello appendi attrezzi	
2	Cassettiere per chiodi, viti, ecc.	
1	Lampada da banco	
1	Vaschetta in plastica di medie dimensioni	
1	Serie cacciaviti piatti	
1	Serie cacciaviti a croce	
1	Set chiavi inglesi varia misura	
1	Set brugole esagonali	
1	Martello grande	
1	Martello piccolo	
2	Pinza	
1	Pinze Grip	
1	Forbice grande per tessuto	
1	Forbice piccola per tessuto	
1	Forbice per cuoio	
1	Forbice da gesso grande	
1	Serie scalpelli e bulini	
2	Taglierini Cutter	
	Lame di ricambio per taglierini	
2	Mordiglioni	
1	Contenitore per mastice	
1	Punteruolo	
1	Squadra 90°	

1	Calibrto	
1	Trapano a mano	
1	Mola doppia	
1	Sega oscillante per gesso	
1	Sega per ferro	
1	Riscaldatore ad aria	
1	Tenaglia	
1	Tronchesino	
1	Lima piatta grande per ferro	
1	Lima piatta piccola per ferro	
1	Lima semitonda grande	
1	Lima semitonda piccola	
1	Smerigliatore	
1	Fustellatrice	
		TOTALE cumulativo: lire 3.000.000

* Ausili (Auxilia, 2000. Sunrise Medical, 2000. Nuova Blandino, 2000)

N°	Tipologia	Lire
1	Tastiera Intellikeys 1 cavo ditta "auxilia"	1.248.000
1	Set 6 scudi per Intellikeys ditta "auxilia"	769.600
1	Sensore Jelly Bean ditta "auxilia"	108.160
1	Sensore Specs ditta "auxilia"	108.160
1	Software Reach ditta "auxilia"	676.000
1	Software Dragon Dictate Professional ditta "auxilia"	1.350.960
1	Emulatore di mouse Roller Joystick ditta "auxilia"	1.123.200
1	Emulatore di mouse Switch Click ditta "auxilia"	255.840
		TOTALE 5.639.920
1	Abbonamento a Banca Dati S.I.V.A.	1.500.000
		TOTALE 1.500.000
1	Bastone con impugnatura ergonomica dx	39780
1	Bastone con impugnatura ergonomica sx	39780
1	Coppia stampelle con appoggio antibrachiale	44200
1	Girello con 4 ruote con appoggio antibrachiale ditta "colombo" art 813/F	270504
1	Deambulatore articolato 4 punte con appoggio antibrachiale ditta "SUNRISE Medical" art. A504 e A520	458.640
1	Girello 4 ruote con piano imbottito, maniglie regolabili con freni ditta "CHINESI" art. 04108756	486.720
1	Girello 4 ruote con appoggio toracico, reggibraccia, maniglie regolabili con freni ditta "CHINESI" art. 04408758	702.000
	Materiale termomodellabile con liquido caldo da 3 mm colore azzurro e rosa misure 45 60	177.840
1	Coltello forchetta di Nelson ergonomico ditta "SUNRISE MEDICAL" art 12814	41.184
1	Allaccia bottoni ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10630	20.800
1	Pinza prensile ditta "SUNRISE MEDICAL" art 10685 lung. 825	29120
1	Infila calze e scarpe in materiale plastico ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10618	71.760
1	Bastone per indossare camicie e giacche ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10620	16.640
1	Infila collant in plastica morbida ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10622	18.720
1	Impugnatura multiuso ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10614	62.400
1	Asse per trasferimento letto-carrozzina ditta "SUNRISE MEDICAL" art. MTS BOARD 103060	215.280
1	Cuscino antidecubito "ROHO" 42x42 h 10	795.600
1	Cuscino antidecubito "Stimulite" anatomico	936.000

1	Supporto lombare "Stimulite"	2.059.200
1	Voltapagine ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 12920	26.000
1	Sollevatore "NEW Mini Elettrico" ditta "SUNRISE MEDICAL" art. OP21700-EU-I	2.704.000
		TOTALE 8.821.904
1	Schienale ditta "SUNRISE MEDICAL" art. "JAY Back 2"	Comodato
1	Cuscino antidecubito ditta "SUNRISE MEDICAL" art. "Jay Care"	Comodato
1	Poltrona imbottita ditta "La Nuova Blandino" art.201	Comodato
1	Carrozzina "Sopur E 200" misura centrale + opzioni ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 762900002	Comodato
1	Carrozzina basculante con ruote diametro 300 fulls optionals ditta "La Nuova Blandino" art.212	Comodato
1	Sedia da comodo ditta "La Nuova Blandino" art.301	Comodato
1	Serie posate leggere "Selecta Grip" + impugnature vari modelli ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10429, 10433, 10438, 10440, 10442, 10444, 10430, 10432, 10434, 10436	Comodato
1	Bordo amovibile per piatti ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 10456	Comodato
1	Bicchieri in plastica con presa equilibrata ditta "SUNRISE MEDICAL" art. 12502C	Comodato

TOTALE cumulativo: lire 15.961.824

10.3. Alloggi/Palestra

L'arredamento relativo ai due alloggi disponibilizzati dal Comune di Brescia per questo progetto, è a totale carico della fondazione "XYZ".

Per ciò che concerne la gestione economica degli appartamenti, il pagamento delle ore che il personale dell'equipe multidimensionale del Servizio di Terapia Occupazionale impegna per ogni pz. nonché le spese condominiali e d'uso corrente (acqua, telefono, luce) si prospettano 3 differenti soluzioni economiche:

- a) spese coperte da uno **sponsor**
- b) spese coperte dalla struttura riabilitativa "Domus Salutis" utilizzando quanto versato dall'ASL nell'ambito di un intervento riconosciuto come di "**ospedalizzazione domiciliare**"
- c) spese coperte dalla struttura riabilitativa "Domus Salutis" utilizzando quanto versato dall'ASL nell'ambito di un intervento riconosciuto come di "**struttura residenziale**" (DPR, 1997).

Vediamo ora in dettaglio le tre possibilità:

a) Sponsor: sembra la soluzione più semplice rispetto alle problematiche burocratiche. Richiede, naturalmente, il reperimento di un donatore capace di mobilitare una somma notevole in 5 anni. A tale sponsor teorico si richiederebbero le seguenti cifre:

Voce di Spesa	Articolazione della spesa	Totale spese per anno
Spese condominiali	4.000.000 annui ad appartamento	8.000.000
Elettricità, Telefono, acqua	160.000 x 2 appart. x 12 mesi	3.840.000
Pulizia settimanale appartamento e cambio biancheria	200.000 x 2 appart. x 45 settimane	18.000.000
Personale: medico specialista	(30 minuti per appartamento x 2 appart.+40 minuti viaggio AR) x 7 gg x 43.016 lit/ora x 45 settimane (=periodo medio di utilizzazione dell'appartamento)	22.583.400
Personale: terapeuta della riabilitazione	(120 minuti per appartamento x 2 appart.+40 minuti viaggio AR) x 7gg x 28.312 lit/ora x 45 settimane	41.618.640

Personale: Infermiere profes.	(120 minuti per appartamento x 2 appart.+80 minuti viaggio AR) nella settimana x 28.390 lit/ora x 45 settimane	6.813.600
Personale: logoterapista	(60 minuti per appartamento x 2 appart.+40 minuti viaggio AR) x 7gg x 28.312 lit/ora x 45 settimane	23.782.080

Totale annuale	124.637.720
Totale richiesto allo sponsor per 5 anni di progetto	623.188.600

Considerando che nel conteggio è sempre stato valutato l'impatto economico della logopedista ed infermiera professionale e che, nella realtà, non in tutti i pazienti vengono coinvolti, potremmo verosimilmente considerare la cifra totale comprensiva anche dei rimborsi al personale per l'utilizzo della propria autovettura (tariffe ACI).

Non sono state conteggiate le spese relative all'alimentazione, in quanto, proprio perché trattasi di appartamento simulante la vita giornaliera, queste sono da considerarsi a carico di utente e familiari con lui residenti nell'appartamento.

Non sono state conteggiate neppure le spese relative al Servizio Sociale, in quanto una convenzione permetterà l'intervento dell'Assistente Sociale del Comune e, ove occorra, del personale dell'ADI che avrà così la possibilità di conoscere l'utente con cui dovrà poi confrontarsi sul territorio.

b; c) “ospedalizzazione domiciliare” o “struttura residenziale”: Queste due soluzioni richiedono una convenzione con l'ASL di riferimento. Tale convenzione è in linea di principio possibile, si scontra però con le carenze attuative che rendono difficoltoso l'inquadramento preciso della ospedalizzazione domiciliare e richiedono un adattamento (ad esempio del n° di posti letto rispetto a quanto previsto dalla legge) per l'inquadramento nelle strutture residenziali. Queste due possibilità diverranno realmente perseguibili soltanto se si troverà in ambito ASL Brescia la disponibilità a riconoscere e monetizzare l'alloggio/palestra come ospedalizzazione domiciliare (chiarendo però ruolo e tempi della presenza sanitaria) od in Regione Lombardia la volontà di inquadrare tale esperienza all'interno di un programma riconosciuto “pilota” e come tale “sperimentale. Tale disponibilità sarebbe, del resto, in linea con quanto previsto dal nuovo programma di azione del governo per le politiche dell'handicap 2000-2003 che recita: “incoraggiare nel settore della riabilitazione sperimentazioni gestionali come descritto dall'art. 9 bis del decreto 502/92 e confermato dall'art. 10 del recente decreto legislativo di riforma del S.S.N.”.

10.4. Assicurazioni

La copertura assicurativa per il personale è garantita dal contratto già stipulato dalla struttura che copre tutte le attività svolte nell'ambito del programma riabilitativo.

11. Strumenti di lavoro

Scheda 01

CASA DI CURA
"DOMUS SALUTIS"
Medicina riabilitativa 2

SCHEDA TECNICA
di accettazione di ricovero

Nome.....Cognome.....età.....

Indirizzo.....tel.

Medico di base.....

DIAGNOSI PRINCIPALE

.....
.....
.....
.....

Patologie associate.....

.....
.....
.....
.....

Situazione socio-abitativa

a) Nucleo Familiare:

.....

b) Abitazione

barriere architettoniche interne barriere architettoniche esterne nessuna barriera

c) Supporti assistenziali

famigliari amicali Comune ASL Privato nessuno

Provenienza

Domicilio Centro Riabilitativo.....data di dimissione.....

Ospedale.....data dell' evento.....

Capacità cognitive

a) Stato di coscienza

lucido rallentato soporoso coma

b) Collaborazione

esegue ordini semplici esegue ordini complessi nulla

c) Agitazione

no si si, controllata

d) Disturbi psichici anamnestici

no si.....

e) etilismo

no si

f) SPMSQ (opzionale)

Capacità Funzionali

a) Deambulazione stabile da..... peggiorata da.....
 autonoma ausilio assistenza impossibile

b) Alimentazione stabile da..... peggiorata da.....
 autonoma con assistenza sondino ng PEG

c) Igiene personale stabile da..... peggiorata da.....
 autonoma con assistenza catetere vescicale incontinenza

Carico assistenziale

elevato moderato lieve

Prognosi Riabilitativa

<30gg 30-60gg >60gg

NOTE:

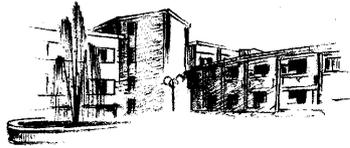
CONCLUSIONI

Il paziente necessita di ricovero si no urgente

Obbiettivi

- recupero di una competenza funzionale
- rallentamento della progressione di malattia cronico-degenerativa
- individuazione di strategie compensatorie
- mantenimento e potenziamento delle abilità

Valutazione del.....Medico.....



Congregazione Suore Ancelle della Carità

Casa di Cura

“Domus Salutis”

25123 BRESCIA - Via Lazzaretto, 3 - Tel. (030) 3709.1 - Fax (030) 3709.403
Cod. Fisc. 02347900587 - Partita IVA 03375240177

CARTELLA INFERMIERISTICA

Cognome Nome Letto n.

Provenienza: Osp. Civile Poliambulanza Casa

Motivo del ricovero:

Patologie concomitanti:

Patologie infettive: TBC HBV HCV HIV

Allergie:

CONDIZIONI GENERALI

Stato mentale:	<input type="checkbox"/> orientato	<input type="checkbox"/> collaborante	<input type="checkbox"/> disorientato	<input type="checkbox"/> confuso
	<input type="checkbox"/> tranquillo	<input type="checkbox"/> agitato	<input type="checkbox"/> ansioso	<input type="checkbox"/> depresso
Linguaggio:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> disartria	<input type="checkbox"/> afasia	<input type="checkbox"/> afasia fluente
S. nutrizionale:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> obeso	<input type="checkbox"/> magro	<input type="checkbox"/> cachettico
Mobilità:	<input type="checkbox"/> autonoma	<input type="checkbox"/> con ausili	<input type="checkbox"/> non cammina	
Cute:	<input type="checkbox"/> integra	<input type="checkbox"/> idratata	<input type="checkbox"/> disidratata	<input type="checkbox"/> cianotica
	<input type="checkbox"/> piaga da decubito			
	<input type="checkbox"/> ferita ch.			
	<input type="checkbox"/> edemi			
Vista:	<input type="checkbox"/> conservata	<input type="checkbox"/> occhiali	<input type="checkbox"/> cecità	
Udito:	<input type="checkbox"/> conservato	<input type="checkbox"/> ipoacusia	<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx	<input type="checkbox"/> protesi
Cavo orale:	<input type="checkbox"/> denti naturali	<input type="checkbox"/> protesi	<input type="checkbox"/> tot. <input type="checkbox"/> parziale	<input type="checkbox"/> edentulia
Cure igieniche:	<input type="checkbox"/> autosuff.	<input type="checkbox"/> parz. autosuff.	<input type="checkbox"/> non autosuff.	
ELIMINAZIONE:				
Urinaria:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> incontinenza	<input type="checkbox"/> pannolone	<input type="checkbox"/> c.v. <input type="checkbox"/> texas
Intestinale:	<input type="checkbox"/> normale	<input type="checkbox"/> incontinenza	<input type="checkbox"/> stipsi	<input type="checkbox"/> lassativi
Sonno:	<input type="checkbox"/> regolare	<input type="checkbox"/> insonnia	<input type="checkbox"/> agitato	<input type="checkbox"/> sponde letto
	<input type="checkbox"/> nicturia	<input type="checkbox"/> benzodiazepine	<input type="checkbox"/> neurolettici	

PIANIFICAZIONE DELL'ASSISTENZA

B. DI RESPIRARE		data/...../...../...../...../...../.....
Respiro:	eupnoico	<input type="checkbox"/>						
	tachipnoico	<input type="checkbox"/>						
	bradipnoico	<input type="checkbox"/>						
Dispnea:	inspiratoria	<input type="checkbox"/>						
	espiratoria	<input type="checkbox"/>						
	mista	<input type="checkbox"/>						
Tosse:	secca	<input type="checkbox"/>						
	umida	<input type="checkbox"/>						
Espettorato:	mucoso	<input type="checkbox"/>						
	vomica	<input type="checkbox"/>						
	emoftoe	<input type="checkbox"/>						
	emottisi	<input type="checkbox"/>						
Cianosi:		<input type="checkbox"/>						

B. BERE e MANGIARE	/...../...../...../...../...../.....
Alimentazione:	autonoma	<input type="checkbox"/>					
	dipendente	<input type="checkbox"/>					
	nutr. enterale	<input type="checkbox"/>					

B. DI ELIMINARE	/...../...../...../...../...../.....
autonoma		<input type="checkbox"/>					
incontinenza fecale		<input type="checkbox"/>					
incontinenza urinaria		<input type="checkbox"/>					
padella		<input type="checkbox"/>					
comoda		<input type="checkbox"/>					
pannolone		<input type="checkbox"/>					
catetere vescicale		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	data cambio/...../.....

B. MUOVERSI	/...../...../...../...../...../.....
autonomo		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
deambula bastone/tripode		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
con aiuto umano		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
carrozzella		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
allettato		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
paresi	<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arto sup.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arto inf.		<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Dolore:	rachide	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	spalla	<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx	<input type="checkbox"/>				
	anca	<input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sx	<input type="checkbox"/>				
	sciatico		<input type="checkbox"/>				

B. VESTIRSI/SPOGLIARSI	data/...../...../...../...../...../.....
autonomo		<input type="checkbox"/>					
con aiuto parziale		<input type="checkbox"/>					
con aiuto totale		<input type="checkbox"/>					

B. DI ESSERE PULITI	/...../...../...../...../...../.....
Igiene:	autonomo	<input type="checkbox"/>					
	bidet	<input type="checkbox"/>					
	viso	<input type="checkbox"/>					
	cavo orale	<input type="checkbox"/>					
	spugnatura	<input type="checkbox"/>					
	pediluvio	<input type="checkbox"/>					
	bagno doccia	<input type="checkbox"/>					

B. DI DORMIRE	/...../...../...../...../...../.....
Sonno:	regolare	<input type="checkbox"/>					
	agitato	<input type="checkbox"/>					
	insonnia	<input type="checkbox"/>					
	insonnia trattata	<input type="checkbox"/>					
	spondine al letto	<input type="checkbox"/>					

B. DI MANTENERE LA CUTE INTEGRA	/...../...../...../...../...../.....
Piaga da decubito:	sacrale	<input type="checkbox"/>					
	dorsale	<input type="checkbox"/>					
	trocanterica	<input type="checkbox"/>					
	calcaneare	<input type="checkbox"/>					

	/...../...../...../...../...../.....
Ferita chirurgica:	cranica	<input type="checkbox"/>					
	sternale	<input type="checkbox"/>					
	addominale	<input type="checkbox"/>					
	dorsale	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

Fratture:	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

Decubito corretto:	supino	<input type="checkbox"/>					
	fianco dx	<input type="checkbox"/>					
	fianco sx	<input type="checkbox"/>					
	art. inf. sollevati	<input type="checkbox"/>					
	alternanza dx - sx	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	ogni	h.

Decubito scorretto:	<input type="checkbox"/>					
	<input type="checkbox"/>					

DIVIETI DI PRESA

Durante i cambi di postura:

- | | | |
|------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> spalla | <input type="checkbox"/> dx | <input type="checkbox"/> sx |
| <input type="checkbox"/> arto sup. | <input type="checkbox"/> dx | <input type="checkbox"/> sx |
| <input type="checkbox"/> arto inf. | <input type="checkbox"/> dx | <input type="checkbox"/> sx |
| <input type="checkbox"/> | | |

Supporti ortesici:

- | | | |
|-------------------------------------------------------|-----------------------------|-----------------------------|
| <input type="checkbox"/> cuscino branchio-ascellare | <input type="checkbox"/> dx | <input type="checkbox"/> sx |
| <input type="checkbox"/> allineamento arti inf. | | |
| <input type="checkbox"/> archetto | | |
| <input type="checkbox"/> doccia di posizione notturna | <input type="checkbox"/> dx | <input type="checkbox"/> sx |
| <input type="checkbox"/> corsetto in ortostasi | | |
| <input type="checkbox"/> corsetto permanente | | |
| <input type="checkbox"/> calza/bendaggio elastico | | |
| <input type="checkbox"/> | | |

Carico:

- non può caricare
- carico parziale
- carico totale

Esami di laboratorio

TIPO DI ESAME

Data di esecuzione

Esame ematici	.....	.....	.....	.....	.....	.....
E. urina	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Urinocoltura	.....	.....	.....	.....	.....	.....
SOF	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Espettorato cit.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Espettorato BK	.....	.....	.....	.....	.....	.....
EAB	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Profilo glicemico	.....	.....	.....	.....	.....	.....

Esami diagnostici

TIPO DI ESAME

Data di esecuzione

ECG	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Eco-cardio	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Holter	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Doppler TSA	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Doppler .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
PFR	.....	.....	.....	.....	.....	.....
RX torace	.....	.....	.....	.....	.....	.....
RX .....	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Scintigrafia pol.	.....	.....	.....	.....	.....	.....
Ecografia	.....	.....	.....	.....	.....	.....
TAC	.....	.....	.....	.....	.....	.....



Congregazione Suore Ancelle della Carità

Casa di Cura

“Domus Salutis”

25123 BRESCIA - Via Lazzaretto, 3 - Tel. (030) 3709.1 - Fax (030) 3709.403
Cod. Fisc. 02347900587 - Partita IVA 03375240177

LABORATORIO - RIEDUCAZIONE DELLE ABILITÀ COMUNICATIVE

SERVIZIO DI RIABILITAZIONE

Responsabile: Dr. DANIELE MALGRATI

E	N°	NOME	COGNOME	N° TESSERA	
	N°				
I	LETTO	INDIRIZZO	TEL.	M	F
					ETA

DIAGNOSI

.....

.....

.....

.....

.....

.....

RICOVERATO IL	DIMESSO IL
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....
.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

Mod. DS 19

COMPETENZE VOCALI

	<u>prima valutazione</u>	<u>seconda valutazione</u>
	data.....	data.....
LETTURA (3)		
intensita'	.....	.....
altezza tonale	.....	.....
risonanza	.....	.....

NUMERAZIONE		
DA 1 A 100 (4)		
durata fonatoria	.....	.....
portanza	.....	.....
(o stress vocale)	.....	.....

NUMERAZIONE		
DA 120 IN POI	.....	.....

VOCALI PROLUNGATE (5)												
	F.	I	f	d	av	art	F.	I	f	d	av	art
/u/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
/o/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
/ɔ/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
/a/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
/ɛ/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
/e/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...
/i/	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...	...

ESTENSIONE		
DELL'ALTEZZA		
numero di note	.....	.....
nota inf / nota sup/...../.....

COLPO DI GLOTTIDE
--------------------------	-------	-------

VALUTAZIONI SOGGETTIVE

.....

.....

TEST DELLA APRASSIA DI UTILIZZAZIONE

Esempio: Pettine

1) Martello

**2) Spazzolino da
denti**

3) Forbici

4) Pistola

5) Gomma

**6) Lucchetto
(aprire e chiudere)**

**7) Candela
(accendere espe-
gnere)**

Punteggio:

..... / 14

TEST DELLE APRASSIE (SU IMITAZIONE)

NomeCognome

.....Data

TEST DELLA APRASSIA BUCCOFACCIALE

Esempio: aprire la bocca

- 1) tirare fuori la lingua
- 2) fischiare
- 3) sbadigliare
- 4) leccarsi il naso con la lingua
- 5) fare una pernacchia
- 6) dare un bacio
- 7) battere i denti per il freddo
- 8) schioccare la lingua
- 9) sbuffare
- 10) raschiarsi la gola

Punteggio/20

Nome.....Data.....

TEST DELLA APRASSIA IDEOMOTORIA

Test

Stimoli	Punteggio
1. Faccia il segno della croce	
2. Faccia il saluto militare	
3. Faccia ciao con la mano	
4. Minacci qualcuno con la mano	
5. Faccia il segno che ha fame	
6. Faccia marameo	
7. Dia un buffetto	
8. Faccia le corna con le dita	
9. Faccia segno che un è matto	
10. Faccia la lettera O con le dita	

Punteggio totale..... / 20

Scheda 04

U.O. Medicina Riabilitativa 2
Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
Tel. 03037091 fax 0303709403
Dirigente: dott. Daniele Malgrati



SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Nome e Cognome:..... M F età: Reparto: ... Patologia Neurologica
 Traumatica

Check-list CUCINA (<input type="checkbox"/> T.O. / <input type="checkbox"/> Domicilio "protetto" / <input type="checkbox"/> Domicilio)	NAT	NAP	Autonomia condizionata	Auton.
01 entrare e riconoscere gli spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 saper mangiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 saper bere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 accedere ad armadietti, cassetti, ecc.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 saper accendere e spegnere il gas/piastra elettrica	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 saper preparare un 1° piatto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 saper preparare un 2° piatto completo	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 saper apparecchiare	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 saper pulire la cucina	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:.....
.....
.....

Brescia, __/__/____

firma dell'operatore: _____

Scheda 05

U.O. Medicina Riabilitativa 2
 Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
 Tel. 03037091 fax 0303709403
Dirigente: dott. Daniele Malgrati



SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Nome e Cognome:..... M F età: Reparto: ... Patologia Neurologica Traumatica

Check-list BAGNO (<input type="checkbox"/> T.O. / <input type="checkbox"/> Domicilio "protetto" / <input type="checkbox"/> Domicilio)	NAT	NAP	Autonomia condizionata	Auton.
01 entrare e riconoscere gli spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 utilizzare il WC	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 utilizzare il bidè	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 provvedere all'igiene mattutina (mani, faccia, denti, pettinarsi)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 fare la doccia/bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 accedere agli armadietti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 sistemare gli oggetti al proprio posto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 pulire il bagno	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:.....

Brescia, __/__/____

firma dell'operatore: _____

Scheda 06

U.O. Medicina Riabilitativa 2
 Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
 Tel. 03037091 fax 0303709403
 Dirigente: dott. Daniele Malgrati

LOGO SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Nome e Cognome:..... <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F età: Reparto: ... Patologia <input type="checkbox"/> Neurologica <input type="checkbox"/> Traumatica

Check-list camera da letto <i>(<input type="checkbox"/> T.O. / <input type="checkbox"/> Domicilio "protetto" / <input type="checkbox"/> Domicilio)</i>	NAT	NAP	Autonomia condizionata	Auton.
01 entrare e riconoscere gli spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 accendere e spegnere le luci	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 entrare nel letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 uscire dal letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 coprirsi con lenzuola e coperte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 scoprirsi da lenzuola e coperte	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 accedere a comodini, cassettoni, armadi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 sistemare il vestiario nei contenitori (armadi, ecc)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 rifare il letto	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 pulire la camera	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:.....

Brescia, __/__/____

firma dell'operatore: _____

Scheda 07

U.O. Medicina Riabilitativa 2
 Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
 Tel. 03037091 fax 0303709403
Dirigente: dott. Daniele Malgrati



SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Nome e Cognome:..... <input type="checkbox"/> M <input type="checkbox"/> F età: Reparto: ... Patologia <input type="checkbox"/> Neurologica <input type="checkbox"/> Traumatica

Check-list UFFICIO <small>(<input type="checkbox"/> T.O. / <input type="checkbox"/> Domicilio "protetto" / <input type="checkbox"/> Domicilio)</small>	NAT	NAP	Autonomia condizionata	Auton.
01 entrare e riconoscere gli spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 scrivere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 leggere	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 comunicare telefonicamente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 prendere appunti mentre si telefona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 utilizzare il computer	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:.....

Brescia, __/__/____

firma dell'operatore: _____

Scheda 09

CRITERI DI CLASSIFICAZIONE DEL MAGAZZINO AUSILI ED ORTESI (Gazzetta Ufficiale RI, 1999)

Classe 06	Ortesi e protesi
Classe 09	Ausili per la cura e la protezione personale
Classe 12	Ausili per la mobilità personale
Classe 15	Ausili per la cura della casa
Classe 18	Mobilia ed adattamenti per la casa o per altri edifici
Classe 21	Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione
Classe 24	Ausili per manovrare oggetti e dispositivi
Classe 27	Adattamenti dell'ambiente, utensili e macchine
Classe 30	Ausili per le attività di tempo libero

Scheda 10

U.O. Medicina Riabilitativa 2
Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
Tel. 03037091 fax 0303709403
Dirigente: dott. Daniele Malgrati

LOGO

SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Nome e Cognome:..... M F età: Reparto: ... Patologia Neurologica
Traumatica

Check-list ESTERNO (<input type="checkbox"/> T.O. / <input type="checkbox"/> Domicilio "protetto" / <input type="checkbox"/> Domicilio)	NAT	NAP	Autonomia condizionata	Auton.
01 riconoscere gli spazi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
02 riconoscere i pericoli evidenti	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
03 apertura e chiusura della porta di casa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
04 entrare ed uscire dal caseggiato	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
05 autonomia di spostamento per 100 mt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
06 autonomia di spostamento per 300 mt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
07 autonomia di spostamento > 300 mt	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
08 utilizzo dell'autovettura come utente	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
09 utilizzo dell'autovettura come guidatore	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10 utilizzo mezzi pubblici	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11 acquisto beni di prima necessità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
12 trasporto a domicilio di beni di prima necessità	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

Note:.....

.....

.....

Brescia, __/__/____

firma dell'operatore: _____

Scheda 11

U.O. Medicina Riabilitativa 2
 Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
 Tel. 03037091 fax 0303709403
 Dirigente: dott. Daniele Malgrati

LOGO SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Nome e Cognome:..... M F età: Reparto: ... Patologia Neurologica
 Traumatica

INFORMAZIONI AI REPARTI DI DEGENZA	Si	No	Con aiuto	Con sorveglianza	Con ausilio
Passaggi posturali letto-carrozzina	<input type="checkbox"/>				
Passaggi posturali carrozzina/sedia-deambulazione	<input type="checkbox"/>				
Passaggi posturali letto-deambulazione	<input type="checkbox"/>				
Alimentazione	<input type="checkbox"/>				
Igiene superiore (viso, mani)	<input type="checkbox"/>				
Igiene intima	<input type="checkbox"/>				
Doccia	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				
	<input type="checkbox"/>				

Note:.....

Brescia, __/__/____

firma dell'operatore: _____

Scheda 12

U.O. Medicina Riabilitativa 2

Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia

Tel. 03037091 fax 0303709403

Dirigente: dott. Daniele Malgrati



SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

CONSENSO INFORMATO RELATIVO ALLE MODALITA' DI TRATTAMENTO PROPOSTE NELL'AMBITO DEL SERVIZIO DI TERAPIA

Gentile utente,

verrà studiato per e con Lei un "percorso riabilitativo" che avrà lo scopo di ottimizzare le sue capacità funzionali per ridarle il massimo di autonomia possibile. Per far ciò abbiamo, chiaramente, bisogno della Sua collaborazione ma anche del coinvolgimento di una serie di persone che, nella vita di tutti i giorni, le sono vicine od entrano in contatto con Lei.

Le facciamo dunque presente che:

- a) Lei verrà sottoposto ad una serie di manovre riabilitative aventi lo scopo di migliorare le sue performances relative alla sfera motoria e cognitiva
- b) Varie figure professionali, sanitarie e non, si alterneranno in questo programma di riabilitazione. In modo variabile, esse verranno a conoscenza della sua patologia e di sue abitudini di vita. Chiaramente, tutte queste persone sono chiamate al rispetto della sua privacy ed utilizzeranno le notizie in loro possesso solamente per fini specificatamente riabilitativi.
- c) Potranno essere chiamati a collaborare con noi anche i suoi parenti, amici, collaboratori e quant' altri ritenuti necessari dall'équipe del Servizio di Terapia Occupazionale per facilitare il suo inserimento ottimale nella società che la circonda. Chiaramente la lista di queste persone le sarà presentata preventivamente, dandole la possibilità di escludere da questa collaborazione tutti coloro che Lei ritenesse non idonei a tale collaborazione.
- d) Lei potrà in qualunque momento richiedere la sospensione, parziale o definitiva, del suo trattamento
- e) Lei potrà richiedere in ogni momento che Le venga fissato un incontro con l'équipe responsabile del suo trattamento per ridiscutere ed eventualmente ridefinire il "progetto riabilitativo" .
- f) Gli ausili proposti alla Sua attenzione ed eventualmente dati in prova per brevi periodi sono solo un esempio nell'ambito di un mercato molto ampio e quindi non hanno assolutamente lo scopo di condizionare od orientare la sua scelta verso una specifica ditta.

Se desiderasse ulteriori chiarimenti, in qualunque momento può richiederli al personale sanitario che entrerà in contatto con Lei.

Io sottoscritto/a _____ dichiaro di aver letto e compreso quanto sopra e di accettare liberamente quanto prospettato.

Data _____

Firma _____

N.B. : per i minori è richiesto l'assenso scritto di un genitore o del legittimo tutore; per i soggetti che non sono in grado di esprimere il proprio assenso per disabilità fisica o psichica è richiesto l'assenso di un genitore, di un parente stretto (figlio, fratello, moglie) o, quando presente, del tutore legale.

Scheda 13

U.O. Medicina Riabilitativa 2
Via Lazzaretto, 3 25123 Brescia
Tel. 03037091 fax 0303709403
Dirigente: dott. Daniele Malgrati

LOGO SERVIZIO DI TERAPIA OCCUPAZIONALE

Brescia,

Signor/a:

Nato/a a:

Abitante a:

Patologia principale:

Finalità terapeutica:

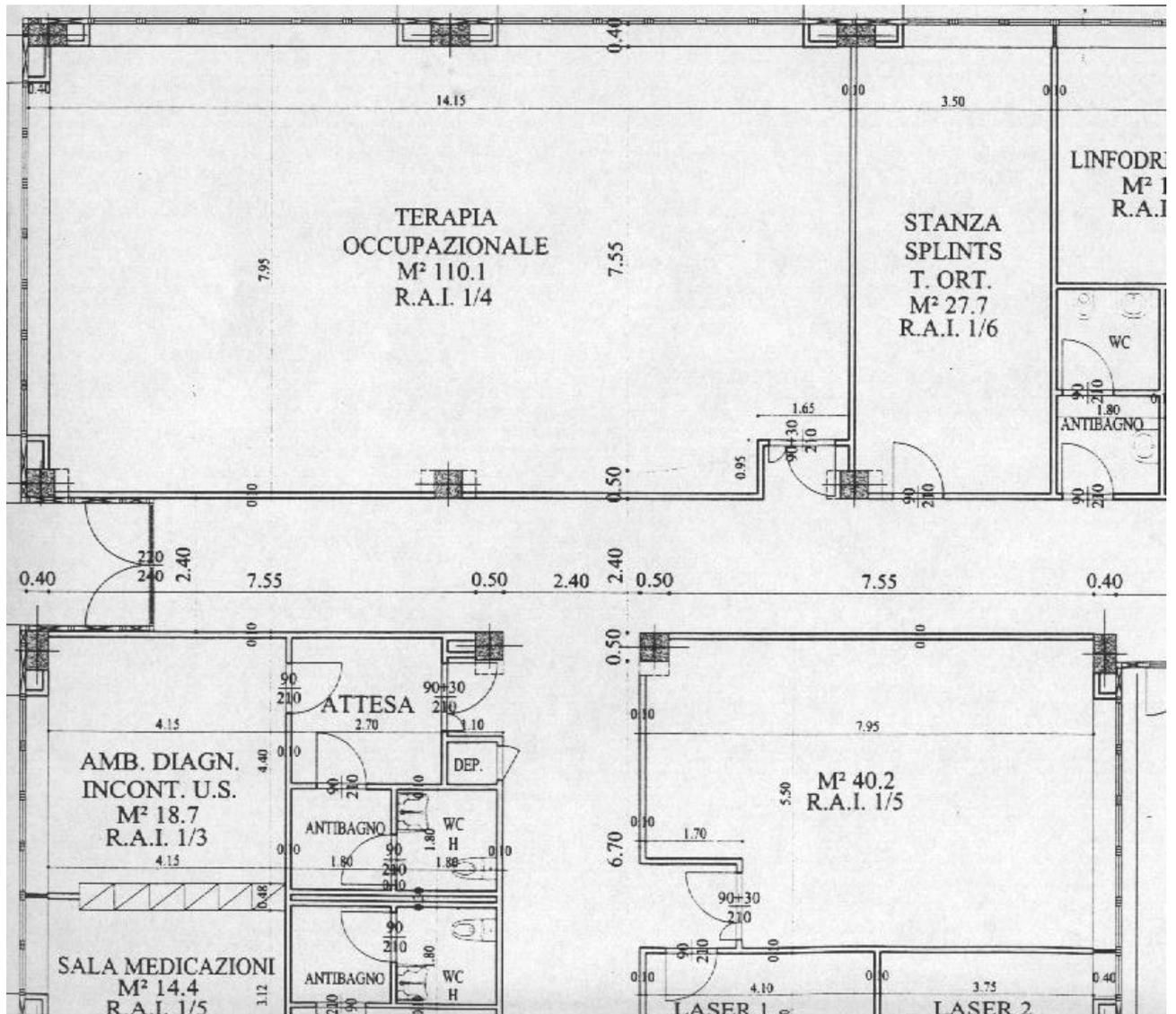
Prescrizione:

Codice ex D.M. 28/12/92				
Codice classificazione ISO				

A disposizione per chiarimenti
Cordiali saluti

Dr.

12. Progetto dei locali



13. Bibliografia

- Pontuale L: *Handicap urbani*. In *L'arco di Giano*: 56-58; 3/1993. Milano: Franco Angeli, 1993
- Forer S, Granger C, et al.: *Functional Independence Measure*. Buffalo N.Y.: The Buffalo General Hospital, State University of New York at Buffalo, 1987.
- Bollettino ufficiale della Regione Lombardia*: 6° suppl. Straordinario al n° 31: 21-27; 7/8/1998
- R. Palumbo: *Habitat, salute e fragilità*. In *L'arco di Giano*: 33-38; 3/1993. Milano: Franco Angeli
- Guzzanti E, Mastrilli F: *L'ospedale: una casa possibile?*. In *L'arco di Giano*: 70, 74; 3/1993. Milano: Franco Angeli
- Andrich R: *Ausili per l'autonomia.*: 3,4,6,8. Milano: Pro Juventute, 1988
- Belloi L: *L'assessment multidimensionale*. In *Il centro di valutazione geriatrica*. Supplemento al Giornale di Gerontologia: 2; 1990
- Ferrucci L, Gavazzi P, Costanzo S et al.: *La misura dello stato funzionale*. Senior: 27-34, 11/1994
- Vecchi GP: *Il centro di valutazione geriatrica*. Supplemento al giornale di Gerontologia: 1-12; 1990
- Spinelli F, Tucci P: *La casa ospedale: il progetto dell'ambiente interno*. In *L'arco di Giano*: 77, 78; 3/1993. Milano: Franco Angeli
- Catalogo IKEA 2001. Catalogo IKEA cucina 2001. Catalogo IKEA professional office 2001
- Nardi G: *L'habitat e i diritti dell'uomo fragile*. In *L'arco di Giano*: 39, 41; 3/1993. Milano: Franco Angeli
- Ministero della Sanità: *Decreto ministeriale 27 agosto 1999, n. 332. "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazioni e tariffe"*. Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: 15; 27/09/1999
- Maurizio S, Ponzio MT, Zardini P: *Guida alla progettazione accessibile*: 5-10. Milano: Bocchi, 1993
- Ploton L: *Problèmes éthiques posés par le maintien à domicile des personnes âgées*. Médecine et Hygiène: 5/1999
- Rèorientation de l'action médico-sociale. Programme de maintien à domicile*. OMSV (organisme médico-social vaudois): 12/1987
- Programme de maintien à domicile. Conception de prise en charge*. OMSV (organisme médico-social vaudois): 02/1992
- Spinsanti S: *Qualità dei servizi e soddisfazione dell'utente*. Prospettive sociali e sanitarie: 1-6; 12/1995
- Pernigotti L, Aimonino Ricauda L, Mao M: *La valutazione della non-autosufficienza*. Senior: 26-29; 11/1990
- ARIS notizie: 2-6; n° 10/1998
- DGR n° VII/941 del 03/08/2000
- Harald Masur: *Rilevazione e valutazione dei deficit clinici*. In: *Scale e punteggi* Edi-ermes: 16-19; 5/99
- Binda W: *La famiglia come risorsa nella salute e nella malattia*. In *L'arco di Giano*: 185-194; 5/1994. Milano: Franco Angeli
- Rozzini R, Ferrucci L: *La Valutazione dei bisogni*. In *L'arco di Giano*: 128-138; 2/1993. Milano: Franco Angeli

Ranzi M: *Imparare a progettare la casa per l'uomo fragile*. In *L'arco di Giano*: 60; 3/1993. Milano, Franco Angeli

Decreto del Presidente della Repubblica 14 gennaio 1997: Approvazione dell'atto di indirizzo e coordinamento alle regioni e alle provincie autonome di Trento e di Bolzano, in materia di requisiti strutturali, tecnologici ed organizzativi per l'esercizio delle attività sanitarie da parte delle strutture pubbliche e private.
Gazzetta Ufficiale della Repubblica Italiana: 27, 61, 65 ; 20/02/1997

Auxilia: *Ausili e sussidi per la comunicazione e l'apprendimento. Catalogo generale 2000*

Sunrise Medical: *Catalogo generale 2000.*

Elmi GmbH Srl: *Catalogo ausili ed arredamenti senza barriere 2000*

Conferenza permanente per i rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province autonome di Trento e Bolzano: *Linee guida del Ministero della sanità per le attività di riabilitazione.* Gazzetta Ufficiale: n°124/30 maggio 1998

Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali: Testo approvato in via definitiva dal Senato della Repubblica il 18/10/00, non ancora pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale

Schiattareggia M: *Gli ausili tecnici: la valutazione, il significato simbolico, gli obiettivi funzionali e l'accettazione.* Riabilitazione Oggi News: 17-18; n° 7, 9/2000

Tomasini R: *Handicap ed informatica.* Quaderni della fondazione SIPEC. 1991

Campari M, Ferrari Tanca AM: *Gli aspetti organizzativi e gestionali (delle cure domiciliari ndr).* In *L'Arco di Giano*: 153-155; 2/1993. Milano, Franco Angeli

Weissmann MM, Bothwell B: *Assessment of social adjustment by patient self report.* Arch. Gen. Psychiatry: 1111-1115, 33/1976

Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale: Gazzetta Ufficiale: n°119/24 maggio 1997

Programma di azione del governo per le politiche dell' handicap: Approvato dal Governo il 7/8/2000, non ancora pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale. <http://www.handylex.org>

Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare/sezione di Milano: *Proposte per la vita indipendente* <http://www.uildm.org/vi/v2/23vi.htm>

Sala I: *Manifesto di Vita Indipendente.* Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare/sezione di Milano <http://www.uildm.org/vi/v2/32vi.htm>

Ratzka AD: *Cooperative per la vita indipendente in Svezia.* Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare/sezione di Milano. <http://www.uildm.org/vi/v2/31vi.htm>

Scaffidi MC: *Nursing in ambiente riabilitativo.* In: *Postura, movimento e gesto per l'autonomia del disabile. Dall'ergonomia alla Terapia Occupazionale.* XXII Congresso Nazionale SIMFER, ed. Minerva Medica:487-493; 9/1994

Regolamento concernente l'individuazione della figura e relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale: Ministero della Sanità decreto 17/1/1997. <http://www.aito.freeservers.com/legisla.htm>

Linacre JM, Heinemann AW, et al: *The structure and stability of the Functional Independence Measure.* Archives of Physical Medicine and Rehabilitation: 857-860, 70/1989.

Giustini A: *EBM: il ruolo degli ausili.* Ortho 2000: 5-9, 2/2000

Nuova Blandino. *Catalogo generale 2000*