



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
SIVA, Centro IRCCS S.Maria Nascente
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2000/2001

Organizzazione di un Centro Informazione Ausili territoriale all'interno dell' A.S.L. 1, Distretto 10 - To

CIA-D10

CANDIDATO: Alberto Canale

Abstract: *L'organizzazione di un CIA nell'ambito territoriale dell'ASL 1 – Distretto 10 si rende opportuno non solo per offrire un servizio qualitativo al disabile e a tutti coloro che vi ruotano attorno (dai familiari agli operatori), ma anche per ottimizzare le risorse stesse del distretto. Questo è possibile riorganizzando i percorsi che vanno dalla prescrizione alla fornitura rendendo l'utente protagonista dei suoi desideri di risveglio sociale, grazie ad un servizio veloce, competente ed efficace anche in termini economici.*

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

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

1. Introduzione

La mia esperienza di terapeuta domiciliare mi ha portato a frequentare il corso SIVA dopo alcuni anni di lavoro "sul campo" dove ho potuto riscontrare i molti problemi con cui la riabilitazione si scontra.

Troppo spesso visitando le case delle persone mi rendo conto di come siano "carcerate" nelle loro mura domestiche, vinte dai loro stessi handicap più o meno gravi, senza entusiasmo né voglia di vivere una vita degna di essere chiamata tale. Eppure sono stati tutti riabilitati in maniera eccellente, chi in questo, chi in quel centro, con le migliori metodiche disponibili sulla piazza, con dei risultati eccellenti dal punto di vista motorio. E poi...eccoli lì, col volto spento, gli unici passi che compiono sono per spostarsi da una stanza all'altra, magari su una carrozzina spinta dalla moglie "perché si fa prima", pochi si gestiscono da soli, quasi nessuno ha un'importante vita sociale, se non per qualche conoscente o volontario che si reca a far loro visita.

Da questa prima considerazione nascono alcune riflessioni: la prima è che forse noi riabilitatori dovremmo farci un esame di coscienza e smettere di pensare alla riabilitazione come un intervento settoriale a se stante. Un buon intervento riabilitativo pensa dapprima *“alla prevenzione delle complicanze e alla terapia del danno potenzialmente disabilitante”*, ma al pari deve ricercare *“i compensi ai danni non emendabili”*. (Andrich, 1988). L'intervento di *“riabilitazione medica”* si può dividere in tre momenti: prevenzione delle complicanze, terapia del danno potenzialmente disabilitante e ricerca di compensi ai danni non emendabili. Quest'ultimo è il momento più fecondo di interazione tra riabilitazione e tecnologia. La mia esperienza mi porta a dire però che difficilmente chi segue il paziente in fase acuta o subacuta pensa a come sarà il domani di questa persona. Spesso s'inanellano una serie di esercizi più o meno funzionali (peraltro necessari) che mirano alla perfezione delle performances motorie secondo gli standard della cosiddetta normalità. Si cerca cioè di insegnare al soggetto un comportamento motorio quanto più possibile vicino a come era prima dell'evento lesivo. Si corre però il rischio di incappare in grosse frustrazioni future per il paziente, prima fra tutte che colga la riabilitazione come puro esercizio di forma soprattutto focalizzandosi su ciò che non riesce a fare piuttosto che sulle strategie per superare le difficoltà che incontrerà tornato a domicilio. E' importante, infatti, dare un grosso peso alle tecniche riabilitative che concorrono a colmare la menomazione, ma affinché quest'atteggiamento non porti il paziente a vivere il momento riabilitativo come una medicina che va presa secondo una posologia ben strutturata fatta solo di questo o quell'esercizio fisico, occorre da subito un percorso fatto di *“interventi educativi e di qualificazione professionale che, a seconda dell'età del soggetto, possano consentirgli la partecipazione attiva a scuola e lavoro; di appropriati ausili tecniciche consentano alla persona di fare tutto ciò che non potrebbe, e di altri interventi sociali volti a favorire l'accettazione personale della disabilità....”* (Andrich, 1988. Pag. 18)

Si eviterebbe in tal modo il duplice atteggiamento che spesso mi capita di riscontrare nei pazienti rientrati a domicilio al termine dell'intervento riabilitativo all'ospedale o in strutture attrezzate. Sono convinti di dover saper fare tutto da soli e diventano assolutamente dipendenti dal trattamento riabilitativo perché "solo così guariscono"; altri invece prendono il trattamento come ora di socializzazione con la certezza che gli esercizi proposti servano a poco dal momento che non riescono a fare "nulla" come lo facevano prima dell'evento lesivo: entrambi sono frustrati dalla quotidianità perché spesso non si ha un'idea reale di ciò che vuol dire la parola autonomia.

Questo mi porta alla seconda riflessione: perché gli interventi riabilitativi che in palestra portano a situazioni motorie soddisfacenti non si traducono in un risultato di autonomia a domicilio altrettanto valido? In parte per una cultura molto diffusa tra gli stessi riabilitatori e tra molti operatori sanitari convinti che l'esercizio riabilitativo sia sempre e comunque efficace, se non altro per l'implicazione psicologica che ha sul paziente. In tal modo si continua ad alimentare la dipendenza dei pazienti al trattamento da una parte, e al familiare o all'operatore dall'altra.

Inoltre, parlando di casi stabilizzati, è una mia personale convinzione dettata dall'esperienza di questi anni di lavoro, che si investano troppe risorse nei cicli di trattamenti di rieducazione neuromotoria "di mantenimento". In effetti essi non garantiscono una reale efficacia di *autonomia*: spesso si lascia il paziente così come lo si è trovato all'inizio del ciclo non riuscendo a far migliorare

le abilità motorie del soggetto. La rieducazione sottende un progetto riabilitativo, un passaggio da una situazione ad una diversa rispetto a quella iniziale, un cambiamento. Ritengo dunque che nel caso di disabilità stabilizzate sia una soluzione terapeutica più valida un intervento mirato *all' empowerment* del soggetto verso l'utilizzo di ausili adeguati che migliorino realmente la sua *qualità di vita* e quella di coloro che lo assistono, e lo rendano indipendente dal trattamento rieducativo "classico" fatto di mobilitazioni ed esercizi. Occorre infatti "*promuovere la crescita personale*", in modo da aiutare il disabile e la sua famiglia a "*identificare i bisogni, di fissare obiettivi, di formulare progetti per poi conseguirli*" mettendoli in atto. Così facendo si aiuterà l'ambiente familiare a rendersi conto delle proprie potenzialità e dei propri limiti e favorendo una crescita dell'autonomia del soggetto e dell'accettazione di sé e degli altri. L'ausilio non verrà più visto come strumento di manifestazione delle proprie limitazioni ma di espressione delle proprie qualità, garantendo la possibilità di eseguire operazioni e di relazionarsi con gli altri con maggiore facilità, in sicurezza o più velocemente. (per un approfondimento sul discorso si rimanda a Consorzio EUSTAT: TECNOLOGIE PER L'AUTONOMIA, Linee guida per i formatori, 1999, pag. 21 e seg.)

Naturalmente questa riflessione è del tutto opinabile, e andrebbe sviluppata con una ricerca mirata, che potrebbe essere oggetto di studio successivo, possibilmente accreditandosi per l'utilizzo della scala FIM per valutare con metodica precisione i risultati di autosufficienza del soggetto ottenuti, e di efficacia delle cure domiciliari apportate dal servizio.

Parlando poi del concetto di autonomia è facile incorrere in due possibili equivoci come già sottolineato da alcuni importanti autori (Bianchi et al., 1981)

- L'equivoco individualista (uomo completamente sufficiente a se stesso)
- L'equivoco efficientista (autonomia come autosufficienza operativa)

Queste sono due prospettive leggermente distorte. Autonomia è anche capacità di saper scegliere le strategie migliori per raggiungere un determinato scopo, come ad esempio insegnare ad un accompagnatore ad eseguire uno spostamento troppo faticoso o impossibile da eseguire da soli.

Inoltre "*non sempre l'ausilio per la persona disabile ha una valenza positiva (interviene nel settore della disabilità dove si parla di perdita, di funzione lesa); a volte diventa lo strumento che obbliga a riconoscere la propria diversità. Spesso gli stessi riabilitatori considerano l'adozione di un ausilio come un fallimento della terapia e per questo viene lasciato come ultima spiaggia nel processo riabilitativo, delegandone spesso la scelta al paziente o al rivenditore. L'ausilio, visto da un punto di vista psicologico, è un oggetto appartenente allo spazio extra personale che deve essere trasferito allo spazio interpersonale dell'individuo per compensare, contenere, correggere un deficit funzionale; quindi è un qualcosa che deve essere interiorizzato e per essere accettato, deve essere vissuto come oggetto sufficientemente buono.*" (estratto dalla presentazione dell'ausilioteca virtuale del sito <http://www.alihandicap.org>)

Per essere tale, occorre che sia prescritto con una certa ocularità, considerando proprio questi aspetti funzionali e psicologici. Inoltre occorre che vengano rispettati i tre principi a cui devono rispondere gli ausili: *competenza, contestualità, consonanza*. La competenza è riferita alle attività che deve svolgere una persona: l'ausilio deve consentire lo svolgimento di un'azione in modo più semplice ed efficace, con il minimo dispendio di energie per raggiungere un adeguato risultato. La consonanza è riferita invece alla persona: un ausilio consonante è scelto dall'utente secondo la propria personalità ed i propri vissuti. Infine la contestualità si riferisce all'ambiente: l'ausilio deve essere funzionale rispetto all'ambiente in cui verrà utilizzato.

La realtà in cui opero è spesso frustrante per l'autonomia del paziente, poiché dopo il periodo di riabilitazione in ospedale o nel centro riabilitativo, il paziente viene rimandato al proprio domicilio con ausili magari validi di per sé, "*operativamente efficaci*", ma posti in un ambiente in cui è assolutamente impossibile usarli o per limiti di spazio o per problemi strutturali degli alloggi, non rispondendo così al criterio della contestualità. Questo perché né i prescrittori né i tecnici conoscono la reale situazione abitativa del paziente né tantomeno coinvolgono il paziente considerando le sue esigenze e venendo meno al terzo principio. L'ausilio consonante "*deve mettere a proprio agio il paziente rispettandone le scelte e la personalità*" (Andrich 1988, pag. 19).

E' il caso dei molti sollevatori che non vengono utilizzati perché mancano gli spazi necessari alle manovre, o delle carrozzine rigide assegnate ai pazienti che hanno l'esigenza di recarsi all'esterno per visite mediche (caso reale!), o delle carrozzine pieghevoli che, nonostante la possibilità di estrazione

delle ruote posteriori, non entrano in ascensore, ed ancora montascale a cingoli abbandonati in cantina perché ingombranti e difficili da usare (questo per citare alcuni esempi frequentissimi e banali).

Ancor peggio quando le prescrizioni o le forniture sono totalmente inadeguate: ho visto con i miei occhi, ma penso che sia esperienza di tutti, persone obese o esili poste su carrozzine pieghevoli di dimensioni inadeguate, senza sistemi di postura né cuscini antidecubito quando era necessario, tutori mal posti, computer inservibili perché non dotati delle giuste interfacce. In questi casi con tutta la buona volontà del paziente risulta molto difficile migliorare la propria qualità della vita, possibile solo con mezzi adeguati.

Fino a qui si è sottolineato l'intervento mirato sulla persona disabile, ma le cose si complicano terribilmente se si aggiunge una variabile molto importante: l'ambiente. Non basta utilizzare ausili competenti, ma occorre *“creare accessibilità architettonica e una maturazione culturale della società che giudichi il disabile come cittadino con pari dignità”*. (Andrich 1988, pag. 18). Nel distretto in cui opero ad esempio non esiste un impianto sportivo o un'associazione che siano totalmente accessibili, per quanto riguarda la circoscrizione 10 di Torino per ora è accessibile solo la Sala Consiliare, gli uffici sono al primo piano e non esiste ascensore. Difficoltà maggiori, quasi insormontabili per l'anagrafe che non ha parcheggi riservati, ha un'unica porta di ingresso che si apre verso l'esterno e non ha bagni accessibili. Per finire la piccola galleria degli orrori uno dei due uffici dell'assistenza sociale oltre a non avere parcheggi riservati e bagni accessibili è dotato di un cancello a doppio battente, di grande difficoltà di manovra.

Ed ecco la terza riflessione: di fronte a tutto questo mi chiedo su cosa possiamo agire per rompere in qualche modo questo anello vizioso? La risposta è anche l'oggetto di questa tesi cioè l'esigenza di fornire uno strumento ben visibile alla popolazione che abbia la funzione di aiutare tutte le persone, disabili e non, a prendere coscienza che l'autonomia è possibile anche se difficile, autonomia che significa reimpadronirsi della propria vita e delle proprie scelte per interagire con altri e poter partecipare alla vita sociale. Questa non è utopia ma realtà, possibile con un po' di buona volontà tramite la collaborazione del Centro Integrato di Valutazione e Consulenza Ausili con le altre strutture socio-assistenziali e Sanitarie della Circoscrizione. L'obiettivo ultimo è quello di instaurare con tutte le figure a contatto con il mondo della disabilità un buon rapporto di educazione sociale per rompere quegli schemi mentali precedentemente citati, per creare cultura di autonomia e di integrazione, e per assistere con la competenza e con una buona informazione tutti coloro che intendono perseguire questa strada perché hanno capito che di fronte alla quotidianità del domicilio, questa è l'unica via efficace.

2. Contesto

Il territorio della ASL 1 che deve coprire l'Unità Di Valutazione e Consulenza Ausili si compone di un'area di un centinaio di chilometri quadrati nel quartiere denominato MIRAFIORI SUD, e si estende nel poligono formato da Corso Traiano (numeri pari), Piazza Bengasi, Via Sestriere, Strada castello di Mirafiori, Strada del Drosso, Via Negarville, Via Plava, Via Faccioli, Corso Unione Sovietica.

È un quartiere sviluppatosi enormemente negli anni '60 – '70 con il boom economico della FIAT auto e racchiude 36158 abitanti suddivisi in fasce secondo la tabella sottostante

	MASCHI	FEMMINE	TOTALE
0-13 anni	2041	1887	3908
14-64 anni	12502	11999	24501
65-74 anni	2266	2655	4921
Oltre 74 anni	1125	1683	2808
Totale	17934	18224	36158

Geograficamente al centro del quartiere è situato l'ospedale "Valletta" attualmente in fase di ristrutturazione. Questo edificio, pur essendo presente fin dalla fine degli anni 70, non è mai stata completata. L'attuale amministrazione distrettuale si è caricata dell'onere di portare a termine i lavori e si pensa ragionevolmente di essere pronti per l'inaugurazione tra un paio d'anni. Questa struttura di cinque piani sarà la sede naturale oltre che di alcuni reparti ospedalieri, anche di un reparto di riabilitazione funzionale ed è previsto al suo interno uno spazio apposito per l'Unità Valutativa e di Consulenza Ausili. Per ora il tutto avrà sede presso il servizio Territoriale dell'ASL, posto ad un centinaio di metri e sede del servizio di cure domiciliari.



3. Bacino di utenza

Nell'anno 2000 sono stati seguiti come cure domiciliari circa 250 di cui circa 50 casi di origine ortopedica, 70 di origine neurologica o cardiovascolare, 50 malati terminali e 57 altri tipi di patologia. Dal 2001 come servizio di cure domiciliari, siamo stati chiamati ad intervenire anche per ottimizzare la gestione di alcuni ausili. In particolare assieme al servizio infermieristico, il servizio di riabilitazione funzionale sta collaborando alla stesura di un protocollo di cura e prevenzione delle piaghe da decubito. In questo contesto stiamo cercando di trovare un metodo definito e scientifico che legghi i fattori di rischio di lesione, alla prevenzione tramite adeguati ausili antidecubito. Nel 2001 ad oggi i casi che sono stati trattati dal servizio di cure domiciliari sono 319, di essi 84 seguiti anche per medicazioni da piaga da decubito.

4. Situazione Iniziale

Alla luce di questi dati esposti analizziamo i principali difetti della catena che va dalla prescrizione alla fornitura all'interno della realtà della riabilitazione domiciliare del distretto 10.

Quando la prescrizione viene effettuata dallo specialista ospedaliero, spesso non viene fatta alcun tipo di analisi né sulla funzione che dovrà avere quel determinato ausilio, né sul contesto familiare-abitativo in cui andrà a porsi, spesso con errori di valutazione grossolani (carrozine sopra o sottodimensionate che non passano attraverso i passaggi dell'alloggio ecc..). In secondo luogo con una prescrizione generica dello specialista, ci si affida ad un tecnico ortopedico che nella maggior parte dei casi non aiuta il paziente nella scelta del proprio ausilio, ma una volta consegnata la pratica alla ditta fornitrice, l'utente si ritrova a domicilio l'ausilio consegnato da un fattorino che nella migliore delle ipotesi spiega brevemente le caratteristiche e il funzionamento dell'ausilio. Questo si traduce spesso in una difficoltà futura di utilizzo del presidio perché l'utente si ritrova con un sistema tecnologico per le

mani senza avere una sufficiente preparazione per poterlo utilizzare a fondo, inoltre lo subisce come tutte le cure che gli sono state proposte, difficilmente lo sente come suo e lo usa volentieri.

A livello di prescrizioni non ospedaliere le cose migliorano leggermente dal momento che gli specialisti prescrittori del distretto 10 si recano al domicilio del paziente evitando in tal modo errori valutativi, almeno rispetto ai principi di competenza e contestualità, anche se per i rimanenti passaggi dell'iter che porta dalla prescrizione alla fornitura le problematiche rimangono le medesime: scarso coinvolgimento dell'utente o dei famigliari nelle scelte dell'ausilio, scarsa informazione sugli ausili presenti sul mercato e sulla loro funzione, scarsa consapevolezza da parte dell'utente che l'ausilio scelto dall'officina ortopedica non sempre è il migliore ma spesso è quello più facile da ottenere, quasi totale assenza di counselling.

Emerge dunque prepotente l'esigenza di dover intervenire in modo positivo su questo anello di interventi, per garantire una migliore gestione del sistema e delle sue risorse, e in ultima analisi riportare al centro il vero protagonista che è sempre il paziente-utente.

Dopo aver analizzato le principali problematiche che emergono dal momento della prescrizione fino alla consegna dell'ausilio occorre anche osservare che la spesa per gli ausili è pur sempre un capitolo importante delle uscite finanziarie dell'ASL. Nell'anno 2000 il Distretto 10 dell'ASL 1 presso cui opero e per cui si è scelto di progettare un'Unità di Valutazione e Consulenza Ausili ha autorizzato 806 pratiche di prima fornitura e 142 pratiche di "riciclaggio" di ausili per un totale di 948 forniture e di queste, 310 a persone di minore età. Il totale dei costi è stato di Lire 887.677.720 (767.040.850 + 120.636.870). (tab. 1) Si deduce da ciò che la spesa è sicuramente ingente ed occorre che sia fatta nella maniera più oculata possibile. Ma se si assumono come vere le considerazioni fatte in precedenza, risulta che sicuramente si deve agire in positivo per fare sì che queste voci di uscita siano razionalizzate al meglio.

Le tabelle sottostanti riassumono l'andamento delle autorizzazioni di ausili nell'anno 2000. Un dato importante che si evidenzia è la spesa sostenuta per ausili di classe 06, 12, 21. Una prima razionalizzazione della spesa la si è ottenuta ricorrendo a gare di appalto con fornitori per tutti gli ausili non personalizzabili, ed in particolare per il materiale antidecubito il servizio di riabilitazione collabora attivamente con il servizio infermieristico per elaborare un protocollo di cura e prevenzione delle lesioni cutanee da pressione. Secondo questo protocollo si può osservare come in circa il 30% dei casi analizzati si sia dovuto ricorrere alla sostituzione dell'ausilio per un errore valutativo iniziale.

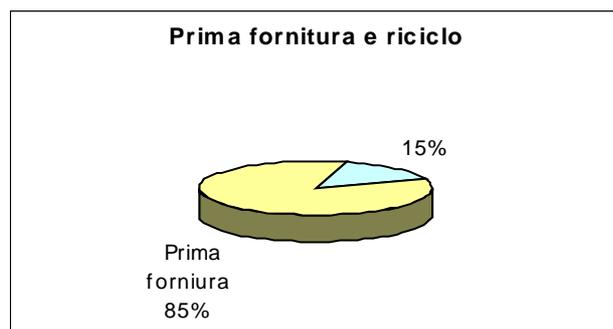
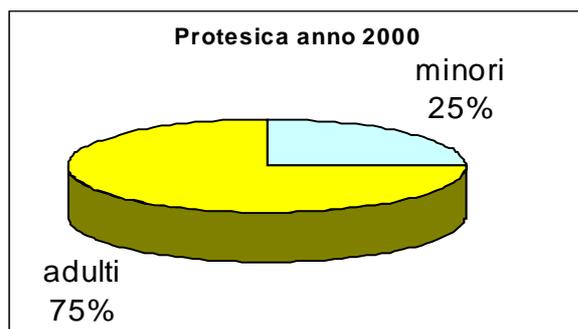
Si è cercato di concentrarsi inoltre anche sulla classe 12 (altro capitolo di spesa sicuramente ingente) e si è visto come su 30 casi sottoposti a valutazione per 10 volte si è dovuti procedere alla sostituzione dell'ausilio per inidoneità. (tab. 3).

Infine occorre sicuramente potenziare il sistema di riciclo degli ausili già presente peraltro all'interno dell'assegnazione dei dispositivi protesici, dal momento che costituisce solo il 15% rispetto al totale delle forniture. (tab.2) A mio avviso questo è da imputare al fatto che attualmente in magazzino è presente del materiale obsoleto, spesso tecnicamente poco valido perché fino ad ora nessuno si è mai occupato da vicino della qualità degli ausili assegnati. Ritengo ad esempio che con una serie di prescrizioni mirate che tendano a fornire ausili sempre meno standardizzati e sempre più personalizzabili possa in breve tempo aumentare la possibilità di ricorrere alla riassegnazione di ausili presenti in magazzino.

Classi	Spesa annuale
03 – Ausili per terapia e addestramento	L. 35.433.100
06-ortesi e protesi	L. 331.209.650
09-ausili per la cura e protezione personale	L. 3.630.250
12-ausili per la mobilità personale	L. 130.357.250
15-ausili per la cura della casa	L. 0
18-mobilia e adattamenti per la casa	L. 75.050.100
21-ausili per comunicazione, informazione e segnalazione	L. 198.246.900
24-ausili per manovrare oggetti e dispositivi	L. 0

27-adattamenti all'ambiente, utensili e macchine	L. 114.500
30-ausili per lo sport e il tempo libero	L. 0
Totale	887.677.720

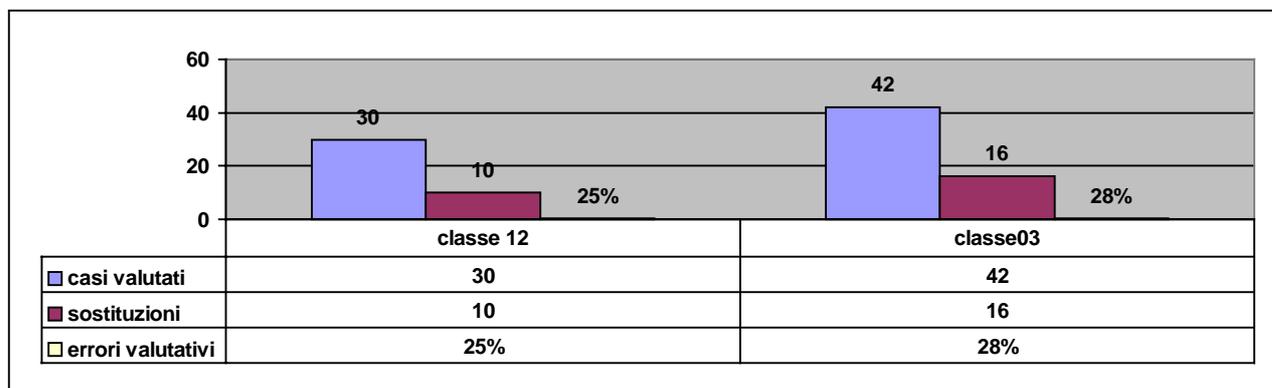
Tab.1 – Spesa anno 2000 per le forniture protesiche del Distretto 10 ASL 1 divise per classi



Adulti	Bambini	Tot.
638	310	948

Prima fornitura	Riciclo	Totale
806	142	948

Tab. 2 – distribuzione delle forniture protesiche secondo l'età e secondo assegnazione



Tab.3 – Statistica delle sostituzioni eseguite sui casi valutati dall'unità di cure domiciliari

D'altra parte il nuovo nomenclatore tariffario contiene tutti gli elementi attuativi indispensabili per un corretto agire e viene inoltre ribadito il ruolo di primo piano dell'utente nel progetto terapeutico di prescrizione degli ausili.

Secondo il nuovo nomenclatore, infatti, la prescrizione deve essere "parte integrante di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione delle lesioni o loro esiti che, singolarmente, per concorso o coesistenza, determinano la menomazione o disabilità"

Il nomenclatore inoltre suggerisce che per una buona prescrizione occorre:

- a. Una diagnosi circostanziata, che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale dell'assistito;
- b. L'indicazione del dispositivo protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione;
- c. Un programma terapeutico di utilizzo del dispositivo comprendente: il significato terapeutico e riabilitativo; le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo; le possibili controindicazioni; le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico.
- d. La prescrizione è integrata da una esauriente informazione al paziente ed eventualmente a chi lo assiste, sulle caratteristiche funzionali e terapeutiche e sulle modalità di utilizzo del dispositivo stesso.

Si evidenzia in maniera molto chiara che è sufficiente mettere in pratica ciò che viene suggerito dal nomenclatore per essere sicure di agire nel miglior modo possibile, ed è ciò che ci si propone nell'attuazione del progetto di apertura del CIA per il distretto 10 dell'ASL 1 di Torino.

5. Obiettivi del Progetto

Il progetto per l'istituzione di un'Unità di Valutazione e Consulenza Ausili sul territorio del distretto 10 dell'ASL 1 si rende dunque indispensabile per molti motivi e si propone alcuni obiettivi di massima.

Indispensabile perché....

- È un punto di passaggio fondamentale dell'iter riabilitativo iniziato in ospedale e conclusosi col rientro a domicilio dove inizieranno per il paziente i veri problemi di autonomia.
- Si pone come ponte tra il paziente, l'ospedale e le varie strutture socio-sanitarie territoriali
- È uno strumento per permettere il reinserimento della persona disabile nella società (questo è possibile solo con ausili adeguati e pienamente accettati dall'utente e che rispondono ai reali suoi bisogni).
- È uno strumento per razionalizzare la spesa sostenuta evitando i rischi che attualmente si corrono: una corretta valutazione farà in modo che l'ausilio consegnato sia pienamente rispondente alle esigenze del soggetto. Si Eviterà così di dover cambiare dopo qualche tempo l'ausilio per un errore valutativo iniziale. Inoltre un corretto ausilio che si integra col soggetto farà sì che esso si apra più volentieri ad una vita sociale (anche produttiva), e non abbandoni l'ausilio dopo poco tempo perché non appropriato o perché l'utente non è sufficientemente addestrato all'uso, rendendo così inutile l'investimento di capitale iniziale (costo dell'ausilio).
- È uno strumento fondamentale per razionalizzare le risorse umane coinvolte nell'assistenza del paziente e per indirizzare meglio le stesse forze riabilitative dell'Asl: in un contesto in cui vi sono moltissime richieste di trattamenti con tempi di realizzazione spesso insostenibili, fornire il paziente di un ausilio adeguato che garantisca un buon grado di autonomia (soprattutto agli utenti ormai stabilizzati) è una soluzione riabilitativa sicuramente migliore che continuare a fare cicli di trattamenti che alla lunga non garantiscono gli stessi risultati. In tal modo si raggiunge l'obiettivo di ottimizzare le risorse perché ci si potrebbe concentrare effettivamente sui casi più urgenti come terapia riabilitativa e nel contempo si potrebbe dare una soluzione efficace anche per i casi stabilizzati. Mi riferisco alla riflessione accennata nell' introduzione: il trattamento deve avere come progetto il miglioramento dell'autonomia, non tanto delle capacità motorie del soggetto. Deve mirare cioè all'empowerment dell'ambiente.

- E' uno strumento culturale di grande impatto non solo per gli utenti ma anche per gli operatori sanitari. I primi devono crescere nella consapevolezza di essere i protagonisti, e come si sceglie una macchina o un vestito, così si deve poter scegliere con cura il proprio ausilio. I secondi invece devono fare un passo indietro imparando a non somministrare ausili come medicine, ma guidando le scelte dell'utente con competenza e professionalità

Il progetto si propone di migliorare l'attuale sistema di assegnazione degli ausili attraverso le seguenti attività:

- **DIVULGATIVA:** diffusione di una maggior cultura riabilitativa riguardo all'autonomia e agli ausili con una serie di incontri con varie figure sanitarie per far conoscere le attività e le modalità con cui l'Unità di Consulenza e Valutazione Ausili opera sul territorio. Incontri con
 1. **MEDICI DI BASE** - Essendo un servizio territoriale collegato direttamente all'assistenza domiciliare, mi sembra indispensabile sensibilizzare coloro che sono a diretto contatto sul territorio con i disabili o con gli anziani che per vari motivi non sono mai stati seguiti in un centro o cui non sono mai state proposte delle soluzioni di autonomia.
 2. **MEDICI OSPEDALIERI** dei poli di maggior interesse per vicinanza e numero di Dimissioni protette: Mauriziano, CTO, Molinette, Koelliker - E' indispensabile instaurare un buon rapporto di collaborazione con gli specialisti ospedalieri. Essi possono indirizzare al Centro Ausili i pazienti, organizzando le consulenze su casi specifici prima della dimissione (se possibile) o almeno inviando i familiari al centro una volta rientrati al domicilio.
 3. **PERSONALE SANITARIO DEI DISTRETTI DI APPARTENENZA (D9 -D10)** - Chi meglio degli infermieri e del personale sanitario che opera sul campo conosce le problematiche dei propri utenti? Si tratta di affinare le conoscenze in merito ed insegnare a valutare la possibilità di effettivi miglioramenti di vita tramite l'acquisizione di semplici strategie o ausili più complessi che saranno valutati dal centro.
 4. **ASSISTENTI SOCIALI** del distretto e degli ospedali sopra citati - Le Assistenti Sociali del distretto fungono da ponte di collegamento tra l'utente ed il suo desiderio di risveglio sociale, aiutando gli utenti a districarsi nei labirinti della burocrazia. Quelle dell'ospedale invece si occupano più da vicino di tutte le pratiche e dei contatti con le realtà territoriali prima e al momento della dimissione.
 5. **FUNZIONARI DELLA CIRCOSCRIZIONE** - Potrebbe essere interessante instaurare una collaborazione con i responsabili della circoscrizione in modo da promuovere pieghevoli informativi sul centro e sulle sue attività. Eventualmente poter essere ospitati in articoli del giornalino della circoscrizione che viene consegnato alle famiglie e promuovere la diffusione di libretti informativi per la popolazione sulla sicurezza in casa e sulle possibilità fornite dalla tecnologia a servizio della disabilità.
- **INFORMATIVA:** si tratta di fornire informazioni dettagliate all'utente, ai famigliari e a tutti coloro che accedono al servizio, sugli ausili e sulle norme legislative che riguardano la disabilità, le procedure e i percorsi per ottenere rimborsi o permessi per adattare ambienti. Questo tramite alcuni semplici strumenti: la Banca Dati SIVA, il materiale cartaceo fornito dalle varie ditte del settore, l'accesso a Banche Dati legislative on line. Ritengo altresì utile la costruzione di un'area web informativa sul servizio, da allegare al server dell'ASL 1, per essere visibili anche in rete predisponendo una serie di servizi interattivi con l'utenza (come ad esempio una piccola "banca dati" consultabile).

- **CONSULENZA SU CASI SPECIFICI:** l'utente o il familiare una volta presa conoscenza del centro e di ciò che offre, può avere delle richieste specifiche da porre. Dopo un colloquio telefonico di primo contatto, si può svolgere una consulenza specifica sul caso clinico in oggetto proponendo una serie di risposte ai problemi posti dall'utente, consigliando gli ausili più adeguati per raggiungere il più alto grado di autonomia dell'utente ed il minor carico assistenziale
- **AUSILIOTECA:** di impossibile attuazione per mancanza di spazi adatti. Si tratterebbe per ora di avere un parco ausili minimo da poter far vedere al paziente. Questo potrebbe essere ampliato in un secondo tempo quando sarà ultimato l'ospedale "Valletta" attualmente in fase di ristrutturazione, in cui secondo progetto, è previsto uno spazio apposito per l'ausilioteca annessa ad una stanza per le consulenze.
- **GESTIONE MAGAZZINO:** attualmente il magazzino del distretto 10 è ben gestito ed inventariato ma bisognerebbe fare un salto di qualità riguardo ai prodotti. Solo una minima parte di essi viene recuperato e riciclato, perché si tratta di materiale "datato" che difficilmente può essere riassegnato anche solo per questioni estetiche (carrozine standard vecchie, anche se in buone condizioni non sono certo accattivanti per l'utente che preferirà rivolgersi come suo diritto ad una ditta che le fornisca ex novo), oppure che nessuno si sentirebbe di prescrivere (mi riferisco soprattutto a carrozzine a guida unilaterale o con ruote grandi anteriori). Il magazzino si trova quindi con un ampio "fondo morto" con molti ausili il cui investimento non è stato affatto redditizio. Puntando invece sulla qualità degli ausili e monitorando con precisione la loro vita stessa, si potrebbe avere un magazzino con materiali di qualità, altamente personalizzabili. Sarebbero utili ad un numero esteso di pazienti, risultando esteticamente accettabili, più funzionali e soprattutto al momento della restituzione non verrebbe meno il capitale di investimento, perché potrebbero essere sempre riutilizzati appieno. Il problema potrebbe essere individuare un sistema valido di certificazione della sicurezza degli ausili presenti in magazzino.
- **VERIFICA** delle soluzioni proposte circa la validità, il corretto utilizzo ed il grado di gradimento degli ausili proposti a distanza di alcuni mesi.

6. Articolazione del progetto

6.1 L'Équipe

Il Centro Informazione Ausili è un *"Nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione e informazione nel settore degli ausili nonché di supporto professionale alla persona disabile, ai suoi familiari....nel momento di affrontare le prospettive di autonomia o il miglioramento della qualità della vita"* (Andrich 1996, pag. 7). Da questa definizione si deduce che occorre una risorsa umana importante: un gruppo di operatori professionalmente preparato, affiatato e con un metodo di lavoro valido. Occorre quindi identificare una équipe di lavoro per avere le competenze necessarie a valutare e pianificare assieme al disabile ed ai suoi familiari il proprio progetto di autonomia.

Occorre un equilibrio tra doti relazionali, competenza medica specialistica, competenza legislativa, competenza tecnica. E' impossibile ritrovare tutto questo in un'unica persona e l'équipe multidisciplinare sembra essere la soluzione più valida.

All'interno del distretto 10 dell'ASL1 si propone una équipe così formata:

- Dirigente Medico SAST
- Fisiatra
- Neurologo
- Neuropsichiatra infantile
- 2 Terapista della Riabilitazione (Età adulta e infantile) formati al SIVA

- Logopedista
- Assistente Sociale
- Tecnico Informatico

Naturalmente non tutte queste persone dovranno necessariamente essere sempre presenti durante le normali attività del centro, ma dovranno essere disponibili secondo i casi a mettere in campo le proprie conoscenze per una valutazione più corretta possibile. Ritengo, infatti, che tutte le figure elencate concorrano a mantenere un alto livello di consulenza su delle specifiche aree che una persona sola non potrebbe certo coprire. Il Nucleo centrale della gestione passa attraverso ai due terapisti formati al SIVA ed al Fisiatra. Le altre figure rimangono a disposizione per ogni eventuale consulenza.

6.2 Sede di lavoro

Innanzitutto occorre individuare una sede consona, che risponda ai criteri di tranquillità (per accogliere l'utente e metterlo a proprio agio per il dialogo e la consultazione della banca dati), e di accessibilità (perché si presume che i fruitori del servizio siano disabili).

Vi sono alcune alternative valide che potrebbero essere attuate: la scelta potrebbe ricadere sull'ufficio dei terapisti domiciliari. Questa sembra essere la soluzione più idonea: l'ambiente è già dotato di strumenti informatici facilmente collegabili in rete e di tutto l'arredamento necessario al buon funzionamento del centro, anche se accessibile solo tramite l'utilizzo di servoscala perché situato al primo piano senza ascensore. Alternativamente si potrebbe usare la sala computer della Neuropsichiatria Infantile posta in una sede distaccata del Distretto 10 sempre situata al primo piano ma dotata di ascensore. Entrambi i luoghi sono facilmente raggiungibili anche dai mezzi pubblici ed hanno un ampio parcheggio con posti riservati agli utenti. Il problema di questa seconda soluzione risiede nel fatto che non ci sono bagni accessibili all'interno della struttura e non è stato previsto alcun cablaggio alla rete dell'ASL, occorre dunque far richiesta di un modem con relativo abbonamento per poter accedere alle informazioni poste sul web.

Potrebbe essere interessante poter utilizzare entrambe le sedi per comodità dell'utente dal momento che il distretto copre un'area piuttosto vasta.

Prendendo in considerazione il primo locale di sei metri per quattro, situato in un contesto sicuramente migliore perché in una struttura di recente ristrutturazione, molto accogliente e nelle vicinanze degli sportelli ove si autorizzano le pratiche, troviamo già presente il seguente arredamento di base:

- Scrivania angolare su cui trovano posto computer collegato alla rete e telefono
- Due poltrone da ufficio e tre sedie
- Armadio per la conservazione dell'archivio cartaceo e delle schede valutative
- Lettino da visita con séparé
- Fotocopiatrice e fax nella stanza adiacente
- Computer PII 300 con applicativi Microsoft Office su cui sarà attivato il collegamento in rete tramite user name e password e @mail dedicata al servizio
- All'esterno dell'ufficio sono presenti dei divanetti di attesa.

Inoltre sarebbe possibile sfruttare il magazzino ausili per creare una piccola ausilioteca di base sfruttando i fondi del progetto regionale ALI oppure con opportuni accordi di comodato d'uso con alcune ditte del settore. Questo spazio con qualche adeguamento e qualche piccolo lavoro di ristrutturazione potrebbe diventare in seguito uno spazio utile come salone di prova e ausilioteca più estesa. Comunque una dotazione di minima considerando l'utenza che siamo chiamati a soddisfare credo che debba comprendere i seguenti ausili:

- 2 carrozzine leggere fornite di accessori
- 2 per bambini
- Una carrozzina basculante con accessori
- Una carrozzina ribassata per emiplegico

- Almeno due sistemi di postura e cuscini antidecubito
- Una carrozzina elettronica
- Sensori vari

6.3 Orari

Considerando che nell'anno 2000 sono state effettuate 948 autorizzazioni nel solo distretto 10 (e che il CIA dovrebbe soddisfare le richieste anche del distretto 9), si pensa che occorranza due giorni alla settimana in cui l'Unità di Valutazione e Consulenza Ausili debba essere operante. Si è arrivati a tale soluzione in conformità ad un semplice calcolo orario: un operatore che operi nel centro per due giorni alla settimana impiegherebbe 14,24 ore settimanali, cioè circa 630 ore annuali che moltiplicato per i due operatori presenti fanno circa 1260 ore che potrebbero coprire l'attività di consulenza e l'attività di refertazione, archiviazione e calcolo statistico delle pratiche, nonché l'attività di formazione e divulgazione necessaria per far conoscere il centro e farlo decollare sul piano dei numeri.

Questa naturalmente è una situazione ideale che può essere raggiunta gradualmente col tempo. Ed anche se nei primi tempi non si faranno consulenze molto numerose, tutto il lavoro di progettazione e sviluppo del servizio richiede molto tempo e preparazione: non si può improvvisare un incontro con i medici di base od ospedalieri, né con qualsiasi figura professionale, pena la credibilità del servizio. Occorre serietà e idee chiare su ciò che si vuole fare e su ciò che si può offrire, per non creare delle false aspettative negli utenti e non essere venditori di fumo.

Per i suddetti motivi ritengo opportuno mantenere l'orario di apertura del servizio due giorni alla settimana ed esattamente il Martedì ed il Giovedì dalle ore 9 alle ore 16.00 per mantenere anche una certa chiarezza con gli utenti. In mattinata dalle 9 alle 11 uno dei due terapisti è disponibile per le prenotazioni e le consulenze telefoniche, mentre l'altro si può occupare della refertazione, della raccolta e preparazione di materiali o eventualmente delle consulenze semplici. Il pomeriggio è invece dedicato alle consulenze complesse, alle personalizzazioni ed ai collaudi. Tali stime vanno comunque sottoposte a verifica dopo un certo periodo di rodaggio. Il fisiatra dovrebbe essere disponibile un pomeriggio alla settimana così come il neurologo, per le prescrizioni da effettuare al termine della consulenza, ed i collaudi. Le altre figure saranno contattate al bisogno, a seconda dei casi e della complessità delle consulenze.

7. Relazione Tecnica

Rimane dunque da affrontare il capitolo della messa in opera di tutto quanto detto. Dopo aver definito i tempi e i luoghi in cui opera l'Unità di Informazione e Consulenza Ausili, rimane da valutare il metodo con cui si vuole operare. Delle modalità divulgative e informative abbiamo già parlato in precedenza e non mi soffermerò oltre. Accanto a questo tipo di lavoro educativo fatto di incontri, seminari o giornate informative, occorre occuparsi dell'altra grande attività che il Centro è chiamato a svolgere: la Consulenza. Questa è la parte sicuramente più interessante per l'utente finale e per il centro. Bisogna quindi agire con un metodo ben preciso e studiato, per essere quanto più possibile corretti ed esaurienti.

Con una buona pubblicizzazione del servizio si può costituire il motore per l'evidenziazione di una serie di bisogni sul territorio da parte degli utenti stessi spesso veicolati dai medici, dagli operatori sanitari o dagli assistenti sociali. I bisogni così identificati possono essere affrontati e risolti con un attivazione da parte dell'utente o dal familiare che si mette in contatto con il Centro per avere risposte a specifiche richieste di cambiamento di vita.

Occorre dunque affrontare insieme all'utente un progetto di autonomia tramite il momento della consulenza cioè quell'incontro tra l'utente e le persone preparate a dare una serie di risposte specifiche sul singolo problema, ma che possono far emergere anche altre curiosità o informazioni interessanti e di cui l'utente non era a conoscenza.

7.1 La consulenza

Questo è un momento importantissimo perché si è posti di fronte a problemi reali, che vanno risolti con buona soddisfazione dell'utente. Una buona prescrizione dipende in gran parte da una buona valutazione del problema e da una buona gestione della consulenza. Occorre dunque prepararla in modo serio e con un certo metodo.

1. Primo contatto con l'utente.

Nel primo contatto telefonico o personale (spesso i famigliari degli utenti seguiti dal servizio domiciliare sono indirizzati al centro dagli sportelli dell'assistenza protesica) l'operatore:

- Si presenta ed informa l'utente sul tipo di prestazioni erogate dal servizio;
- Raccoglie alcuni dati utili con l'aiuto di alcune schede predisposte (vedi schede allegate)
- Analizza le richieste dell'utente per capire se la necessità è l'individuazione di un ausilio specifico oppure una serie di interventi complessi per far raggiungere all'utente il massimo grado d'autonomia compatibile con il quadro clinico
- Individua i modi per condurre la consulenza: se si tratta di una consulenza semplice può tentare di risolvere il problema con l'utente a fianco avvalendosi di materiale cartaceo o della banca dati guidando l'utente nell'informazione e nella scelta delle soluzioni. Se invece si tratta di una consulenza più complessa informa l'utente che è necessario un incontro successivo per preparare materiale informativo o eventualmente richiedere la presenza dell'intera équipe o di qualche operatore esperto in una particolare materia
- Indica la documentazione da portare al servizio per non correre il rischio di ritrovarsi senza la conoscenza di dati importanti nel momento della consulenza
- Concorda la data e l'ora del colloquio successivo.

2. Analisi del caso - progettazione della consulenza

Qualora il primo contatto non sia stato sufficiente a esaurire le problematiche dell'utente, occorre progettare la consulenza che verrà condotta in un secondo tempo. Questo significa che l'operatore di contatto penserà a reperire tutte le figure professionali che dovranno affiancarlo nella gestione del problema, nel definire il numero e la tipologia degli incontri. Essendo il CIA posto all'interno di un Servizio Domiciliare, molta importanza avranno i sopralluoghi a casa dell'utente e/o nel suo ambiente sociale (scuola o posto di lavoro). E' probabile che nei casi più complessi si debbano programmare una serie di incontri per esaurire tutte le problematiche dell'utente

All'interno della consulenza potrà essere previsto l'intervento di tutte le figure professionali che intervengono al fine di valutare le capacità residue e le potenzialità del disabile. Partendo da questo presupposto si compie un intervento a tutto campo a seconda del problema con le persone più esperte dell'équipe: potranno essere oltre al medico specialista e al terapeuta per i problemi motori, il logopedista per i problemi comunicativi, il tecnico informatico per individuare le modalità di accesso al computer ed i software necessari per il suo utilizzo o per progettare un ambiente domotico, l'assistente sociale per cercare di assistere l'utente ad accettare le resistenze del substrato sociale, per aumentare l'accettazione dell'ausilio, l'architetto per gli interventi sull'ambiente domestico o eventualmente sull'ambiente circostante (scolastico e di lavoro).

Individuate le figure che dovranno partecipare alla consulenza, il terapeuta che coordina lo sportello informativo dovrà preparare tutto il materiale necessario al buon svolgimento dell'incontro: materiale cartaceo delle varie ditte, banca dati sugli ausili e sui riferimenti legislativi, indirizzi di siti internet, e possibilmente reperire gli ausili da far provare all'utente. In questo modo si è progettata la direzione che dovrebbe prendere la consulenza, evitando sprechi di tempo e salvo imprevisti gestendo al meglio le risorse dell'équipe.

3. Consulenza

E' il momento dell'incontro con l'utente per valutare nella sua completezza le sue reali aspettative. Occorre continuare nel rapporto di fiducia instaurato con l'utente in modo da creare le condizioni per fargli esporre in modo chiaro e sintetico i suoi bisogni e desideri, aiutandolo a focalizzare l'attenzione sulle priorità, sfrondando la richiesta dagli aspetti secondari.

L'operatore dovrà essere cosciente del grado di iniziativa da assumere, del linguaggio da usare nel comunicare gli aspetti tecnici della valutazione. Risulta poi molto importante coinvolgere l'utente nella ricerca attraverso la banca dati, permettendogli di lasciar spazio alla sua curiosità. Occorre però attenzione a guidare la consulenza verso la risoluzione del problema, mostrando oltre alla descrizione tecnica degli ausili visionati anche i pregi e i difetti, la possibilità di fornitura attraverso il Sistema Sanitario Nazionale e la possibile durata nel tempo.

Nel caso di problematiche più complesse si passerà all'analisi delle potenzialità residue funzionali e sociali del paziente, all'analisi dell'ambiente domestico e familiare, delle sue condizioni di vita, delle sue abitudini ed attitudini, anche tramite l'utilizzo di apposite schede valutative per scegliere gli ausili più adeguati a risolvere le problematiche di autonomia poste dall'utente.

Nel nostro caso, non disponendo di un grosso parco ausili, sarà utile anche invitare l'utente a metterci in contatto con la ditta fornitrice e per tutti gli ausili che non siamo in grado di far visionare e provare all'utente, sarebbe utile proporre direttamente alla ditta una prova dimostrativa del materiale consigliato o nei locali dell'ASL o nella sede della ditta.

4. Prescrizione

Esaurita la fase di "*problem solving*", occorre passare alla fase attuativa del progetto formulato in consulenza, con la prescrizione degli ausili da parte dello specialista dell'équipe. Essendo il prescrittore sempre presente assieme ai tecnici di riabilitazione durante le consulenze, non si corre il rischio di prescrizioni inadeguate, ma soprattutto consulenza e prescrizione possono viaggiare contestualmente. Si evitano così i successivi tempi di attesa per visite specialistiche e per le pratiche di autorizzazione (nel nostro distretto per avere una visita specialistica la media varia da un minimo di 15 giorni ad un massimo di due mesi).

5. Autorizzazione e Fornitura degli ausili

I membri dell'équipe, al termine della prescrizione indicano all'utente i percorsi da compiere per ottenere l'ausilio prescritto. Poiché dal 2001, l'ASL 1 di Torino ha condotto una gara di appalto per l'assegnazione di alcuni ausili non personalizzabili, per la tipologia di ausili in gara è dunque possibile addirittura ridurre a zero i tempi di presentazione dei documenti. Anche l'assegnazione di essi risulta più veloce, poiché nella stessa struttura sono posti anche gli sportelli dove si autorizza la fornitura dei presidi, che potrebbero essere ordinati alle ditte vincitrici di appalto nella stessa giornata e consegnate nel giro di 7-10 giorni.

Questo può accadere se la prescrizione riguarda ausili in elenco 2 del nomenclatore tariffario per i seguenti ausili:

1. AUSILI PER LA MOBILITA' PERSONALE ISO 12.03.
 - AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON UN BRACCIO.
 - AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON DUE BRACCIA.
2. BICICLETTE ISO 12.18.
3. CARROZZINE ISO 12.21.
 - CARROZZINA A TELAIO RIGIDO MANOVRABILE DALL'ACCOMPAGNATORE.
 - CARROZZINA A TELAIO RIGIDO RECLINABILE MANOVRATA DALL'ACCOMPAGNATORE.

- CARROZZINA A TELAIO RIGIDO MANOVRABRILE DALL'ACCOMPAGNATORE CON REGOLAZIONE SERVOASSISTITA.
 - CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON MANI SULLE RUOTE POSTERIORI.
 - CARROZZINA A TELAIO RIGIDO AD AUTOSPINTA CON MANI SULLE RUOTE ANTERIORI.
 - CARROZZINA AD AUTOSPINTA UNILATERALE.
 - MOTOCARROZZINE.
4. VEICOLI ISO 12.27.
 - PASSEGGINO CHIUDIBILE AD OMBRELLO.
 5. AUSILI PER SOLLEVAMENTO ISO 12.36 (SOLLEVAPERSONE).
 - SOLLEVATORE MOBILE A IMBRAGATURA POLIFUNZIONALE.
 6. AUSILI PER LA POSIZIONE SEDUTA ISO 18.09.
 - SEGGIOLONI.
 7. AUSILI PER LA DEAMBULAZIONE UTILIZZATI CON UN BRACCIO ISO 12.03.
 8. LETTI ISO 18.12.
 - LETTO ORTOPEDICO.
 - LETTO A MANOVELLA REGOLABILE MANUALMENTE.
 - LETTO A DUE MANOVELLE REGOLABILI MANUALMENTE.
 - LETTO ARTICOLATO ELETTRICO.
 - AGGIUNTIVI A LETTI SUPPORTO PER ALZARSI DAL LETTO.
 - BASE ELETTRICA PER LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA.
 - BASE PER LETTO REGOLABILE IN ALTEZZA.
 - SPONDE PER LETTO.
 - SET DI RUOTE (4 PEZZI) PER MOVIMENTAZIONE LETTI E/O BASI AD ALTEZZA VARIABILE E PER LETTI.
 9. AUSILI ANTIDECUBITO ISO 03.33.
 - CUSCINI ANTIDECUBITO.
 - MATERASSI E TRAVERSE ANTIDECUBITO.
 - ATTREZZATURE SPECIALI ANTIDECUBITO
 10. APPARECCHIATURE DI SOLLEVAMENTO ISO 18.30 - (MONTASCALE).
 - MONTASCALE MOBILE A CINGOLI.
 - MONTASCALE A RUOTE.

In ogni caso (anche se la prescrizione riguardasse tutte le altre tipologie di ausili), se il prodotto prescritto è presente all'interno del magazzino dell'ASL, l'utente ha la possibilità di scegliere se fornirsi direttamente dall'ASL (ed in quel caso i tempi si ridurrebbero addirittura a zero, poiché si potrebbe assegnare al termine della consulenza l'ausilio proposto), oppure se fornirsi presso una qualsiasi ditta autorizzata. La scelta della ditta è una garanzia importante per l'utente che rifiuta la fornitura diretta. L'unico vincolo sta nel fatto che se l'ausilio prescritto rientra in una delle categorie sopra citate (in appalto), il fornitore scelto deve accettare di fornire l'ausilio con un rimborso pari alla cifra stabilita in gara di appalto. (es. la ditta scelta deve fornire il cod. 03.33.03.003 con un rimborso di Lit. 89.250 come da gara anziché a Lit. 150.000 come da nomenclatore tariffario).

6. Collaudo

E' un momento molto importante e troppo spesso sottovalutato. Durante il collaudo si deve verificare l'effettiva conformità dell'ausilio alla prescrizione effettuata e al paziente stesso. Egli dovrà esprimere la sua opinione sull'ausilio che si trova ad utilizzare ed eventualmente se dovessero emergere alcuni problemi rispetto all'adeguatezza o all'uso dello stesso, si può "correggere il tiro". Al collaudo è presente il medico prescrittore che verifica ciò che è stato fornito sia anche a livello

qualitativo, conforme alla prescrizione. La prescrizione è garantita anche ai soggetti non deambulanti: in questo caso il prescrittore si presenterà a domicilio dell'utente.

7. Istruzione all'uso e personalizzazione dell'ausilio

E' un capitolo molto importante del percorso di autonomia del paziente. Spesso molti ausili vengono accantonati o non adeguatamente sfruttati proprio per uno scarso addestramento all'uso. Quindi occorre prevedere uno o più incontri in cui si provvederà a dare adeguati suggerimenti all'utente circa l'uso e l'ottimizzazione dell'ausilio per le proprie particolari esigenze. Questa parte del percorso verrà seguita in modo particolare dal personale tecnico dell'équipe (T.d.R, Logopedista o informatico) in modo da rendere un po' più amichevole l'impatto tra l'utente e la nuova tecnologia che deve imparare ad utilizzare. Nell'ultimo incontro sarà inoltre consegnato un primo questionario di follow up del servizio che andrà restituito all'addetto informazioni nella portineria dell'ASL. I questionari saranno riposti in un apposito contenitore. Mensilmente il CIA provvederà alla raccolta e indicizzazione dei dati ottenuti.

8. Verifica a distanza

Corrisponde al termine ideale dell'iter di assegnazione degli ausili. Allo stato attuale all'interno del distretto in cui dovrebbe sorgere il CIA non viene mai eseguita alcuna verifica. E' importante però avere un feedback delle proprie valutazioni, perchè è l'unico modo per capire come e quanto sia cambiata favorevolmente la vita dell'utente, e se le valutazioni fatte con lui abbiano portato ad una risoluzione corretta dei suoi problemi. Sarebbe auspicabile poter fare questo con tutti, ma per ovvie limitazioni temporali sarà necessario programmare una verifica a distanza di tre mesi con tutti quei casi di particolare importanza e complessità esecutiva. Dopo il ciclo di incontri di personalizzazione e istruzione all'uso, i consulenti che hanno seguito il caso fisseranno un appuntamento per il "follow up".

A distanza di un anno sarà inviato a tutti un questionario da compilare e restituire al centro, utile per monitorare l'efficacia della consulenza e l'accettazione degli ausili forniti.

8. Risultati

Da qualche mese il CIA è in attività, anche se in forma ridotta nell'attesa di sottoporre il progetto alla regione. Gli utenti che siamo riusciti a seguire si sono dimostrati molto soddisfatti. Le due cose che sono apparse più interessanti per gli utenti sono: avere la possibilità di spiegazioni circa l'iter da percorrere per raggiungere i propri obiettivi ed il fatto di poter essere seguiti nell'apprendimento degli ausili. Appare però evidente che non c'è ancora un alto grado di cultura sull'ausilio in se'. Il paziente "tipo" che finora si è rivolto al centro, ha le idee abbastanza chiare sui propri bisogni, ma aspetta la prescrizione come un atto medico, e investe poca importanza sul tipo e sulla qualità dell'ausilio che gli viene proposto.

Da parte sua l'ASL si attende risultati di efficacia rispetto agli obiettivi prefissati: migliorare la qualità del servizio, ridurre i tempi di attesa, razionalizzare la spesa, informatizzare l'attività del centro.

8.1 Indicatori di qualità a breve termine

Difficile è trovare un metodo di verifica indicativo e che valuti in maniera precisa l'efficacia degli obiettivi prefissati, tuttavia occorre fare uno sforzo per oggettivare il lavoro eseguito e per osservare la qualità dei risultati ottenuti. Innanzitutto per rendere più agevole ogni sviluppo statistico del CIA sarà bene creare un sistema informatizzato di raccolta dati. Si tratta infatti di inserire in formato elettronico i dati di ogni prescrizione (dati anagrafici, anamnestici e clinici, risultato della consulenza, data della

fornitura, risultati di un eventuale follow up). In tal modo si renderà più semplice il successivo sviluppo ed elaborazione dei dati. Per fare questo occorre da subito adottare o sviluppare un software adeguato e procedere all'alfabetizzazione di tutti coloro che non hanno dimestichezza con l'uso del computer. Nel nostro caso il problema non si pone, in quanto l'azienda negli anni scorsi si è premurata di far sostenere corsi di alfabetizzazione all'uso degli applicativi aziendali a tutti gli operatori interessati. Una volta acquisiti i dati in formato elettronico si possono estrapolare mensilmente alcuni indicatori oggettivi sull'andamento del centro valutando tempistica di prescrizione e fornitura, nonché il grado di soddisfazione dell'utente circa il servizio fornito dal CIA (scheda di termine della consulenza vedi punto 9.7). Si ha così un quadro oggettivo del lavoro svolto ogni mese.

8.2 Indicatori di qualità a medio termine

A sei mesi si prevede un'analisi più specifica del grado di informazione che si ha all'esterno circa il centro ausili. Essendo un servizio sostanzialmente territoriale si dovrà valutare quanto peso ha assunto il CIA all'interno del proprio territorio. S'invierà nuovamente il foglietto informativo di presentazione del servizio che si è già recapitato all'apertura del centro a medici curanti, assistenti sociali, capo sala degli ospedali che operano in zona. Allegato ad esso vi sarà un modulo in cui si chiede se hanno già usufruito del servizio, e quale opinione hanno del lavoro svolto dal CIA, se hanno avuto un feedback positivo dagli utenti, e se sono interessati a organizzare momenti formativi per il personale sanitario sui temi generali o di interesse specifico. In tal modo oltre ad avere un indicatore esterno al servizio, si possono impostare le basi per ampliare il discorso dell'informazione e della cultura sugli ausili.

8.3 Indicatori di qualità a lungo termine

Partendo dalla definizione degli obiettivi aziendali, si possono considerare come indicatori di qualità a lungo termine la diminuzione dei tempi di assegnazione dei presidi protesici e la razionalizzazione della spesa. Attualmente, gli utenti che non vengono indirizzati al CIA debbono saper identificare il proprio bisogno, farsi prescrivere una visita specialistica dal medico curante, prenotare la visita, effettuare la visita, recarsi da una ditta autorizzata per il preventivo, recarsi allo sportello per l'autorizzazione, presentarsi nuovamente in ditta per la fornitura ed infine recarsi nuovamente dallo specialista previa nuova prenotazione per il collaudo. Un iter complesso con tempi spesso piuttosto elevati. L'anello debole risulta essere la difficoltà legata ai tempi di attesa per la visita specialistica: non c'è nessuno che si dedichi principalmente alle prescrizioni, e spesso anche per ausili molto semplici come i deambulatori, l'utente deve attendere mesi per la visita specialistica (soprattutto se domiciliare). L'altro anello debole risulta essere la fornitura: molte ditte devono ordinare gli ausili scelti con tempi spesso non brevi tra autorizzazione e fornitura.

Con il CIA si pensa ragionevolmente di abbreviare i tempi, dal momento che vi sono due figure professionali dedicate solo alla prescrizione ed ai collaudi. Inoltre abbiamo già esaminato precedentemente come potrebbero ridursi notevolmente anche i tempi di assegnazione, evitando le lungaggini di un iter così articolato come quello descritto.

Per quanto riguarda la razionalizzazione della spesa è evidente che tramite le consulenze si dovrebbe raggiungere un'alta percentuale di prescrizioni corrette. Questo garantisce all'ASL che la spesa venga effettuata nel miglior modo possibile, con ausili adeguati alle richieste, di qualità e possibilmente personalizzabili in modo da poter essere riciclati. Si possono evitare i resi anticipati e ci dovrebbe essere una certa garanzia che il presidio prescritto venga poi utilizzato al meglio. Inoltre vi è anche la certezza che i presidi vengano forniti effettivamente al bisogno dell'utente e non tanto perché sono scaduti i termini di rinnovo. Alle volte, nelle case di qualche paziente, si può trovare una piccola ausilioteca di materiali poco usati ma richiesti e conseguentemente prescritti "perché tanto se ne ha il diritto!"

Razionalizzare una spesa significa inoltre fare il miglior investimento possibile: non sempre un ausilio più caro corrisponde ad una spesa maggiore. Per intenderci ecco un esempio che verrà approfondito nel capitolo successivo. Al sig. DR affetto da SLA era stata prescritta una carrozzina pieghevole a prevalente uso interno, cm 45 di seduta, senza alcun aggiuntivo per un costo di

L.698.100. Tale carrozzina non concedeva la possibilità di entrare nel vano ascensore. Per uscire all'esterno vi sarebbero state tre possibilità: rinunciare, chiamare un assistente che lo aiutasse a sedersi su una sedia normale all'interno dell'ascensore per poi riposizionarlo sulla carrozzina una volta giunto al piano terra, oppure scendere dal sesto piano in cui abita, con un montascale a cingolo. Tutte queste possibilità sono in ogni caso dispendiose, poco efficaci e facilmente ovviabili con la prescrizione di una carrozzina con la possibilità di estrazione rapida delle ruote posteriori. Inoltre la carrozzina prescritta ci è parsa inidonea a livello preventivo: il paziente era stato dimesso con una diagnosi di esiti di frattura del corpo vertebrale lombare. Posizionato su un sopporto non rigido avrebbe sviluppato una sintomatologia dolorosa del rachide e sicuramente sarebbe stato a rischio di piaghe da decubito, per curare le quali l'ASL avrebbe dovuto mobilitare molte risorse umane ed economiche. La scelta di una carrozzina leggera garantisce una maggiore autonomia negli spostamenti (poiché gli arti superiori pur avendo una discreta stenia, appaiono tuttavia affaticabili), offre la possibilità di inserire sistemi di postura modulari senza cambiare il supporto iniziale, garantisce il fatto di ottimizzare la capacità di spinta del soggetto. E' dunque uno strumento che previsionalmente potrà accompagnare l'utente per almeno cinque anni. Lo stesso non si può dire dell'altro tipo di ausilio che costa certo meno, ma che non è così efficace in termini di autonomia né di durata. Si presume, infatti, che si possa usufruire dell'ausilio prescritto per due anni o forse meno in considerazione dell'aggressività della patologia del sig. DR e del fatto che la carrozzina prescritta è prevalentemente per interni, mentre l'esigenza principale è quella di uscire all'esterno per recarsi agli incontri dell'associazione. Questo tipo di carrozzina subirà un deterioramento maggiore perché usata per una funzione che non è la sua.

9. SCENARI

9.1 Caso Clinico del Sig. D.R.

Durante questo primo periodo di attività del CIA, mi sembra interessante riportare l'intervento che è stato eseguito sul sig. D.R., di anni 70, affetto da Sclerosi Laterale Amiotrofica diagnosticata nel 1999 con lieve compromissione motoria e del linguaggio. Dopo una caduta recente che ha provocato il cedimento somatico di L₃ viene preso in carico dal servizio di Riabilitazione Domiciliare per le cure del caso. Il sig. D.R. è stato allettato per 40 giorni. e di conseguenza ha perso la possibilità di deambulazione autonoma. Durante il nostro intervento, volto al ripristino di questa funzione, si è affiancato un lavoro sugli ausili per poter permettere la vita sociale attiva che il Sig.D.R conduceva prima della caduta. Poco prima del nostro intervento è stata prescritta una carrozzina pieghevole standard Blandino per interni senza alcun tipo di aggiuntivo, fortunatamente non ancora collaudata. Tale carrozzina non risultava idonea perché troppo grande per il paziente e soprattutto perché troppo ingombrante per le dimensioni dell'ascensore. In questo modo al sig. D.R. veniva pregiudicata ogni possibilità di vita sociale, oltre che una corretta postura. Inoltre pensando all'evolutività di tale patologia ci sembrava opportuno scegliere un tipo di ausilio che si potesse accompagnare per tutto l'arco della patologia, configurabile, personalizzabile, cui si potesse aggiungere un sistema di postura qualora se ne riscontrasse l'esigenza. Tale soluzione è senza dubbio efficace e economicamente conveniente. Per la scelta della carrozzina ci si è orientati verso una pieghevole leggera, con braccioli regolabili in altezza, bracciolo ridotto per tavolo, posizione variabile dei perni delle ruote posteriori e delle forcelle ed estrazione rapida delle ruote posteriori per permettere l'accesso al vano ascensore. Infine ci si è orientati anche verso la prescrizione di un tavolino con incavo. Il modello proposto è stato il modello Sopur Classic 140 della ditta Sunrise Medical con cuscino antidecubito con base anatomica e fluidi automodellanti (per la gara di appalto effettuata dall'ASL la fornitura sarà di un cuscino Fumagalli Ergocomfort).

Tuttavia, non è stato possibile consegnare tale ausilio poiché per ritirare la carrozzina non idonea, la ditta di articoli sanitari si è dovuta rivolgere alla stessa fabbrica di provenienza consegnando quindi una carrozzina leggera Blandino 108 con tutti gli aggiuntivi del caso. La ditta fornitrice ha inoltre garantito la superiorità di quest'ultima, rispetto al modello da noi proposto, sostenendo per altro che l'indicazione della tipologia di ausilio spettava al personale tecnico dell'ASL, mentre l'indicazione di

marca e modello dell'ausilio, spettava in ogni caso al tecnico ortopedico decisamente più qualificato in materia.

In concomitanza con la sostituzione della carrozzina, la produzione verbale del paziente è peggiorata in maniera esponenziale. Nel giro di poche settimane si è aggravata la disartria al punto che si è giunti ad avviare il discorso sulla comunicazione alternativa-aumentativa. L'eloquio risultava difficilmente intelligibile e il paziente faticava a mantenere la scrittura, pur con tutte le facilitazioni studiate per il caso. Così da lui è nata l'esigenza di adottare strumenti alternativi alla scrittura e alla lingua parlata. Assieme alla logopedista si è iniziato un lavoro con le tavole alfabetiche, ma tale soluzione non si è rivelata particolarmente efficace e gradita. Il sig. DR era a conoscenza dei comunicatori alfabetici e tale soluzione pareva a lui la più opportuna. Ragionando insieme si è però convenuto che tale soluzione poteva essere utile per un periodo limitato di tempo. Lo stesso ragionamento applicato alla carrozzina è stato trasposto alla comunicazione: occorre trovare uno strumento versatile che potesse seguire il paziente nelle varie tappe di progressione della malattia. Si è così organizzata una consulenza cui hanno partecipato il terapista, la logopedista e il tecnico informatico che ha portato in visione alcuni ausili. La scelta poteva essere quella di mantenere il comunicatore alfabetico e prescrivere in un secondo tempo un comunicatore tipo VOCA, oppure partire con l'idea di un computer con un programma di comunicazione aumentativa e l'uscita in voce per il domicilio e un comunicatore portatile per l'esterno, o ancora un computer portatile con un programma di comunicazione aumentativa e uscita in voce. La scelta più idonea ci è sembrata proprio quest'ultima dal momento che con un unico strumento il paziente può mantenere la sua vita sociale, partecipare agli incontri di mutuo aiuto che solitamente frequenta all'interno della associazione malati di SLA e comunicare in qualsiasi occasione. Il paziente inoltre ha buona cura delle proprie cose, quindi anche se il computer portatile è uno strumento abbastanza delicato, si ritiene tuttavia che sia la soluzione più versatile anche per il futuro, qualora si dovesse verificare un peggioramento della situazione motoria si potrebbe utilizzare a scansione con un programma di comunicazione aumentativa a tabelle, mentre a breve termine il paziente può utilizzare una tastiera per esprimere i propri pensieri.

Dopo aver discusso con l'équipe neurologica che ha in cura il sig. DR si è proceduto con la prescrizione e con la pratica di assegnazione con fondi extratariffario dal momento che la riconducibilità per i sistemi informatici non viene accettata dalla nostra ASL. E nei prossimi giorni il tecnico provvederà alla fornitura. Nel progetto con l'utente, abbiamo in programma una serie di interventi per personalizzare lo strumento informatico sulla base del residuo motorio del paziente e ci terremo in contatto con la logopedista che sta seguendo il caso e che ha impostato con il sig. DR un intenso lavoro di tabulazione cartacea.

9.2 Protocollo di prevenzione e cura delle piaghe da decubito

E' interessante sottolineare che il CIA come risorsa importante del Distretto 10 sia diventato un piccolo punto di riferimento per tutto ciò che concerne la prevenzione all'interno del servizio cure domiciliari. Assieme agli infermieri di questo servizio si sta cercando di studiare un protocollo per la cura e la prevenzione dei danni da decubito, data l'alta incidenza di tale patologia all'interno del servizio. Su 319 casi 84 sono stati seguiti per medicazioni su piaghe da decubito con un'incidenza del 21% sul totale delle prestazioni infermieristiche. E proprio sull'aspetto della prevenzione siamo stati chiamati a collaborare. E' nato così un percorso di studio e di approfondimento su tale materia. Se da un lato gli infermieri hanno rivolto la loro professionalità nelle tecniche di medicazione ed hanno elaborato una serie di items di intervento, al CIA è stato invece proposto un intervento di sensibilizzazione degli stessi operatori infermieristici al tema della prevenzione, con un approfondimento sui molti sistemi presenti sul mercato, sulla tipologia dei materiali, sull'efficacia di essi e sulle qualità da considerare nel valutare i vari tipi di supporto. Ed in particolare si è cercato un metodo che potesse collegare la scala di Norton per il rischio di decubito, alla scelta di un supporto adeguato. Si sono presi contatti con la ditta FUMAGALLI, l'attuale fornitrice di sistemi antidecubito dell'ASL (vincitrice della gara d'appalto) che ha inviato materiale scientifico, test di laboratorio e prove comparative dei materiali in uso. Allo stesso tempo si sta avviando una ricerca "empirica" con la collaborazione di una ditta locale per attuare delle verifiche circa la riduzione delle pressioni di interfaccia con stessi materiali ma di diversa fabbricazione. Per ora siamo giunti a stilare una prima

scheda valutativa che non è ancora nella sua forma definitiva, poiché mancano ancora alcune riflessioni sulla materia.

Ci riproponiamo assieme al servizio di cure domiciliari uno studio approfondito su una casistica di un certo numero di utenti, per valutare l'efficacia dei presidi proposti cercando di valutare le variabili interessanti che concorrono alla cura e alla prevenzione (non è solo un materasso piuttosto che un altro a risolvere il problema, ma lo stato di nutrizione, la possibilità di variare il proprio decubito più o meno autonomamente ecc.).

10. Piano Economico

Per quanto riguarda i costi di attuazione del progetto, si provvederà a chiedere un finanziamento ragionevole che dovrebbe coprire parte della spesa. Si devono considerare tutte le figure professionali che interverranno in modo stabile nel progetto ed i materiali di cui si deve disporre per iniziare. (Per le singole voci si veda la tabella finanziaria). Come si può notare la cifra tende a essere alta per il fatto che il distretto di appartenenza non usufruisce di specialisti ospedalieri "propri". Occorre dunque agire tramite una serie di figure in convenzione. Ritengo però che a fronte di un costo annuale netto di £. 98.140.000 di cui 47.300.000 di spese reali per il personale in convenzione (le altre risorse possono essere attinte dal personale attualmente in servizio) si può ragionevolmente pensare di ottenere un beneficio non solo in termini di qualità del sistema, ma anche a lungo termine sulla qualità degli ausili che possono essere riassegnati (evitando la spesa per ausili totalmente nuovi) e sul risparmio che deriva dalla correttezza della prescrizione (meno tempo impegnato per le pratiche di sostituzione e risparmio sull'assegnazione degli ausili che essendo idonei non vengono sostituiti oppure vengono assegnati solamente se necessari.)

Scheda finanziaria del progetto

Personale :	2 x T.d.R	1260 ore per 27.000 £/ora (risorse interne)	Tot. 34.020.000
	Neurologo	192 ore per 77.000 £/ora (risorse interne)	Tot. 14.784.000
Consulenti:	Fisiatra	192 ore per 150.000 £/ora	Tot. 28.800.000
	Architetto	50 ore per 150.000 £/ora	Tot. 7.500.000
	Informatico	50 ore per 60.000 £/ora	Tot. 3.000.000
			<hr/>
			88.104.000
Altre:	Banca Dati SIVA		3.500.000
	Opuscoli, informativi, poster....		5.000.000
	Spese Postali		1.500.000
			<hr/>
			98.140.000

11. Schede di lavoro

Al fine di facilitare il lavoro dei consulenti sono state create dall'équipe una serie di cartelle di lavoro prendendo spunto da materiale già esistente ma adattandolo alle esigenze del servizio. Sfruttando questo materiale cartaceo si può conservare uno storico delle consulenze eseguite, ed è possibile inoltre fornire all'utente e a tutti coloro che interverranno lungo l'iter dell'assegnazione/fornitura quei documenti necessari a non "andare fuori rotta".

Presento qui di seguito tutto il materiale finora elaborato. Si tratta di sette schede di lavoro con le spiegazioni per il loro corretto utilizzo.

IMPRESSIONI GENERALI^f

1. grado di disabilità^g

- possibile il cammino autonomo con appoggio
 stazione eretta autonomo con aiuto
 carrozzina autonomo con aiuto
 allettato

2. Capacità di interagire e comunicare^h

- assente adeguate
 presente non adeguate

3. Ausili utilizzatiⁱ

- nessuno

1.
2.
3.
4.
5.

4. Tempo di utilizzo

5. Accettazione degli ausili in uso

- buona ausili n°.....
 media ausili n°.....
 scarsa ausili n°.....
 nulla ausili n°.....

6. Motivazione all' uso dell ausilio

- buona ausili n°.....
 media ausili n°.....
 scarsa ausili n°.....
 nulla ausili n°.....

POSTURA A LETTO^j - Quante ore Presenza di lesioni da decubito?.....

Cambia decubito in modo autonomo?

POSTURA SEDUTA^k - Controlla il Capo?

SI NO Correggibile

Capo allineato

Inclinato dx/sx Ruotato dx/sx In flex/extens

Controlla il tronco?

SI NO Correggibile

cifosi/lordosi

Inclinato dx/sx Ruotato dx/sx scoliosi dx-lv.
 controllo anteriore sx-lv.

VALUTAZIONE FUNZIONALE¹

PUNTI

1. ALIMENTAZIONE

- 10 - Auutonomo - Si alimenta in tempo ragionevole da solo
- 05 - Parzialmente autonomo - aiuto nel taglio o operazioni complesse
- 00 - Totalmente dipendente

2. PASSAGGI POSTURALI (letto - carrozzina - letto)

- 15- Indipendente in tutte le fasi
- 10 - Aiuto minimo con supervisione o correzione verbale
- 05 - riesce a sedersi/sdraiarsi da solo ma deve essere aiutato nel trasferimento
- 00 - Totalmente dipendente

3. PULIZIA PERSONALE

- 10 - Indipendente nel lavarsi, asciugarsi, pettinarsi, lavare i denti, farsi la barba, mettersi il trucco....
- 05 - Riesce ad effettuare alcune operazioni
- 00 - Totalmente dipendente

4. USO DEI SERVIZI IGIENICI

- 10 - Autonomo nell'accedere al WC, vestirsi e svestirsi, usare la carta aiutandosi anche con maniglioni o supporti, riesce a gestire il supporto wc della sedia a rotelle se necessario
- 05- Necessita di aiuto per difficoltà con i vestiti, o con la carta
- 00 - Totalmente dipendente nei passaggi e nella gestione / incontinente

5. USO DELLA VASCA

- 05 - Può usare la vasca e la doccia in maniera totalmente autonoma
- 00 - Ha bisogno di aiuto per l'accesso o le operazioni di lavaggio.

6. CAMMINO SU UNA SUPERFICIE PIANA

- 15 - Può camminare almeno per 50 m senza assistenza o controllo usando mezzi di sostegno appositi, grucce, bastoni o altro
- 10 - Può compiere le suddette operazioni con minimo aiuto ma sempre per una distanza pari a 50 m
- 00 - Difficoltà notevole: non percorre tale distanza.

7. SALITA E DISCESA DALLE SCALE

- 10 - Autonomo nella salita e discesa anche tramite mezzi di sostegno canne e grucce.
- 05 - Ha bisogno di supervisione o aiuto nelle suddette operazioni
- 00 - Non può eseguire le scale

8. GUIDA DELLA SEDIA A ROTELLE

- 05 - Non cammina ma si spinge con facilità, gira in casa, nel wc ed all'esterno si spinge per almeno 50 m
- 00 - Difficoltà nella gestione della sedia o totale dipendenza

9. VESTIRSI E SVESTIRSI

- 10 - Autonomo nell'abbigliamento compreso infilarsi le calze e allacciarsi le scarpe in un tempo ragionevole
- 05 - Parzialmente autonomo. Devono compiere almeno metà delle operazioni in un tempo ragionevole (esclusi reggiseno o cinture)
- 00 - Totalmente dipendente

10. CONTINENZA FECALE *

- 10 - Totalmente continente in grado di gestire tempi e modi di evacuazione (paraplegici)
- 05 - Perdite occasionali ha bisogno di aiuto nel gestire l'evacuazione
- 00 - Totalmente dipendente o incontinente

11. CONTINENZA VESCICALE**

- 10 - In grado di gestire giorno e notte la vescica. Per i pz. Spinali in grado di auto cateterizzarsi svuotare le sacche
- 05 - Perdite occasionali, non riesce a raggiungere in tempo il wc
- 00 - Totalmente incontinente e dipendente

* raggiunge il controllo all'età di.....

** raggiunge il controllo all'età di.....

OSSERVAZIONI GENERALI*

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

.....

*Segnalare se vi sono attività importanti per l'utente e non inserite nella scala di Barthel.....

PROPOSTA DI AUSILI^m

1.
.....
.....
2.
.....
.....
3.
.....
.....
4.
.....
.....
5.
.....
.....
6.
.....
.....

TEMPO DI UTILIZZO

- | | |
|---|-----------|
| <input type="checkbox"/> Poche ore al giorno | ausili n° |
| <input type="checkbox"/> Molte ore al giorno | ausili n° |
| <input type="checkbox"/> Solo per trasporto | ausili n° |
| <input type="checkbox"/> Per attività di igiene | ausili n° |
| <input type="checkbox"/> altro | ausili n° |

GESTIONE DELL' AUSILIO

- | | |
|--|-----------|
| <input type="checkbox"/> Completa autonomia | ausili n° |
| <input type="checkbox"/> Parziale Autonomia | ausili n° |
| <input type="checkbox"/> Assistenza completa | ausili n° |

Firma dei consulenti

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

NOTE CONCLUSIVE

A series of horizontal dotted lines for writing, spanning the width of the page.

Scheda di accettazione

E' la scheda di ingresso che non si deve necessariamente compilare in ogni sua voce. E' ad uso esclusivo del centro per avere un riferimento della consulenza eseguita e per calcoli statistici circa, il tempo impiegato, gli ausili proposti ecc...

- a. Operatori che svolgono al consulenza
- b. Persona che contatta il centro per la consulenza
- c. Breve descrizione clinica del caso
- d. Il motivo per cui l'utente si rivolge al centro: dovrebbe esemplificare il problema principale per la cui risoluzione l'utente si è attivato. E' la richiesta primaria del disabile o di un suo familiare
- e. Ad uso del centro come promemoria degli appuntamenti, della prestazione erogata e del tempo impiegato. Utile per la statistica al termine della consulenza o per quella mensile.
- f. Costituisce una sorta di fotografia del paziente così come si presenta al momento del primo contatto
- g. E' in rapporto alla capacità di spostamento: deambulazione, statica eretta soltanto, carrozzina, impossibilità completa di spostarsi. Lo spostamento è anche valutato nella possibilità di autonomia.
- h. Viene valutato in modo molto semplificato il problema di interazione e comunicazione: se è assente la possibilità di interazione con l'ambiente oppure se presente si ricerca se tale capacità sia conforme all'età ed alla condizione dell'utente specie se in età evolutiva
- i. Vengono analizzati gli ausili usati dall'utente e numerati con un numero di riferimento, si considera da quanto tempo vengono utilizzati e seguendo la numerazione di riferimento si indica il grado di accettazione e di motivazione all'uso dei singoli ausili elencati (es. ausili utilizzati 1. Carrozzina pieghevole, 2. Tavolo di statica, 3.comunicatore alfabetico./ accettazione degli ausili: buona ausilio n°1,media ausili n°2, nulla ausilio n°3 ecc...)
- j. Se il paziente è costretto a letto indicare quante ore indicativamente, se vi è presenza di lesioni da decubito, se cambia decubito autonomamente o mantiene posizioni obbligate.
- k. E' una fotografia da seduto qualora il paziente stia per la maggior parte del tempo in carrozzina. Vanno sottolineate le voci a scelta doppia (es. capo ruotato dx/sn se il capo è ruotato a sinistra)
- l. E' la scala di Barthel. Va valutata all'inizio della consulenza e al termine, dopo aver assegnato gli ausili. Vorrebbe essere un indice di autonomia raggiunta prima e dopo l'assegnazione di ausili. Abbraccia le voci principali della vita quotidiana e potrebbe essere un indicatore iniziale per sapere quali aspetti sono più carenti. Forse però non è così attendibile dal punto di vista scientifico per misurare la validità degli ausili proposti in termini di efficacia.
- m. Proposta di ausili che andranno numerati per avere dei riferimenti da inserire nelle voci tempo di utilizzo e gestione degli ausili. Ad ogni ausilio andrà assegnata una voce.
- n. Note conclusive per dare un'organicità alle considerazioni fatte fin ora

PROPOSTA AUSILIO^e _____

Cod. _____

MATERASSI^d

	Punteggio Norton
Espansi semplici (Cod. 03.33.06.003) Aria con gonfiaggio alternato (Cod. 03.33.06.018) Aria ad elementi intercambiabili (Cod. 03.33.06.018)	Rischio basso > 16, 16
Espansi compositi (Cod. 03.33.06.006) Fibra cava siliconata basso spessore (Cod. 03.33.06.009)	Rischio medio-basso Da 16 a 13 Rischio medio Da 13 a 12
Fibra cava siliconata ad alto spessore (Cod. 03.33.06.009)	Rischio medio-alto Da 13 a 10
A bolle d'aria a micro interscambio (Cod. 03.33.06.033)	Rischio medio-alto Da 13 a 10
A cessione d'aria (non in tariffario)	Rischio altissimo < 10

CUSCINI^d

	Punteggio Norton
Cuscino in viscoelastico compatto (Cod. 03.33.03.09)	Rischio basso > 16, 16
Fibra cava siliconata alto spessore (Cod. 03.33.03.003)	Rischio medio-basso Da 16 a 14
A bolle d'aria a micro interscambio (Cod. 03.33.03.015)	Rischio medio-alto Da 14 a 10
Base anatomica e fluidi automodellanti (Cod. 03.33.03.012)	Rischio medio-alto Da 14 a 10

N.b Il presidio è in grado di prevenire lesioni in pazienti anche a rischio molto alto se associate a precise ed attuate norme di comportamento preventivo quali cambi posturali ad intervalli regolari, cautela nella movimentazione ecc...

Scheda di valutazione ausili antidecubito

Questa scheda è stata elaborata per migliorare la gestione dei presidi antidecubito. Questo per due fattori: il primo è che all'interno del distretto le uniche prescrizioni effettuate sono di materassi ad aria a gonfiaggio alternato, il secondo è che in collaborazione col servizio infermieristico e nell'ottica dell'azienda di ottimizzare le risorse per la cura e prevenzione delle piaghe da decubito, si è cercato un metodo oggettivo per legare una tipologia di supporto al grado di rischio del paziente. Al termine della consulenza consegnare una copia al paziente da allegare al referto per il prescrittore.

- a. Importante per la valutazione del tipo di supporto considerare le caratteristiche fisiche del paziente: età, altezza e soprattutto il peso.
- b. Norton Scale: è uno dei sistemi di valutazione clinica circa il rischio del paziente a sviluppare una piaga da decubito. Si sta mettendo a punto un'altra griglia di valutazione abbinata alla scala di Braden, dal momento che il servizio infermieristico non ha ancora optato quale scala di valutazione seguire. La Norton Scale che attualmente si sta adottando sperimentalmente assegna un punteggio da 1 a 4 per le varie voci analizzate che costituiscono i fattori predisponenti alla formazione di ulcere (stato fisico, mentale, possibilità di deambulare, di muoversi a letto, continenza). Al termine si esegue la somma matematica dei singoli punteggi e la si riporta in alto alla voce Totale Punti. Si ottiene così un indice di rischio che si traduce in alcune conclusioni: da 20 a 16 rischio basso, da 16 a 14 rischio moderato, da 13 a 10 rischio elevato, al di sotto di 10 rischio molto alto.
- c. Si passa alla descrizione della sede e del tipo di ulcera specificandone la dimensione per il terzo e quarto stadio. Gli stadi sono convenzionalmente divisi in 4:
 - Stadio 1. Arrossamento e abrasioni iniziali
 - Stadio 2. Necrosi, ulcerazioni sottocutanee
 - Stadio 3. Processo di necrosi ed infiammatorio esteso alla parte sottocutanea con formazione di essudato purulento
 - Stadio 4. Interessamento delle fasce muscolari, borse e articolazioni fino al livello delle strutture più profonde
- d. Griglia di interpretazione della scala di Norton: in base al punteggio totale e quindi all'indice di rischio della scala compilata in precedenza, si è fornita una griglia di assegnazione degli ausili in base alla efficacia di ridurre le pressioni di interfaccia. I dati circa l'efficacia dei materiali e dei vari prodotti sono stati gentilmente forniti dalla ditta Fumagalli che attualmente risulta la vincitrice della gara d'appalto per la fornitura di presidi antidecubito e risulta valida per i propri presidi. Stiamo approfondendo il discorso sulla qualità dei materiali in quanto non tutti i prodotti all'interno di una categoria risultano scaricare le pressioni allo stesso modo. L'obiettivo a lungo termine è quello di indicare le caratteristiche importanti che i singoli presidi prescritti devono possedere per risultare efficaci. Sulla base dei risultati ottenuti si indica il tipo e il codice di ausilio consigliato.

Tale scheda è stata rielaborata sulla base di un sistema valutativo messo a punto dalla "Fumagalli Sviluppo e Ricerca" che, come ditta vincitrice della gara d'appalto per l'anno 2000/2001 per la fornitura di presidi antidecubito, ha messo a nostra disposizione una serie di dati e di test di laboratorio effettuati con la metodologia "tek-scan" per testare la riduzione delle pressioni di interfaccia dei singoli presidi al fine di valutarne la reale efficacia. Questi risultati sono stati presentati in vari lavori e riassunti nella pubblicazione di M. Agati 2001, "Proposta per la gestione degli acquisti e dei processi di fornitura per gli ausili antidecubito inseriti nel D.M. 332/99"

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
Riabilitazione e Recupero Funzionale
ASL 1 — TORINO
VIA FARINELLI 40/1
Tel.011/5665563 — Fax. 011/5665566



Torino

UNITA' di VALUTAZIONE E CONSULENZA AUSILI

SCHEMA VALUTAZIONE AUSILI

N°

Operatori

Nome

Via.....

Tel.....

Scheda Valutativa della CARROZZINA

LA PERSONA RICHIEDE L'AUSILIO PER:^a

⇒ USCIRE DI CASA Da solo
Con accompagnatore

⇒ SPOSTARSI IN AMBIENTI CHIUSI Casa Scuola Lavoro
Altro

CARATTERISTICHE DELL'AMBIENTE^b :

⇒ INTERNO

	SI	NO	
Dislivelli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm
Scalini	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm
Scivoli	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm
altro	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	cm

⇒ ACCESSO ALL'AMBIENTE

Luce della porta di ingresso Cm.....

Barriere Architettoniche

Luce porte interne Cm.....

Passaggio minimo Cm.....

⇒ AMBIENTE ESTERNO^c:

Il paziente richiede l'ausilio per recarsi:

- lavoro/scuola
- Luoghi di svago
- Visite Mediche
- Altro

Caratteristiche di eventuali tragitti obbligati

.....

.....

CARATTERISTICHE DELLA PERSONA^d

La persona è in grado di:

⇒ Orientarsi nello spazio

⇒ Usare gli arti Superiori per l'autospinta

In alternativa usa braccio dx braccio sx

⇒ Afferrare e tenere un joystick

⇒ Muovere adeguatamente un Joystick

⇒ Premere un pulsante

⇒ Utilizzare un comando posizionato a destra a sinistra in centro

Osservazioni

.....

.....

.....

⇒ In alternativa agli arti superiori può utilizzare altri distretti corporei?

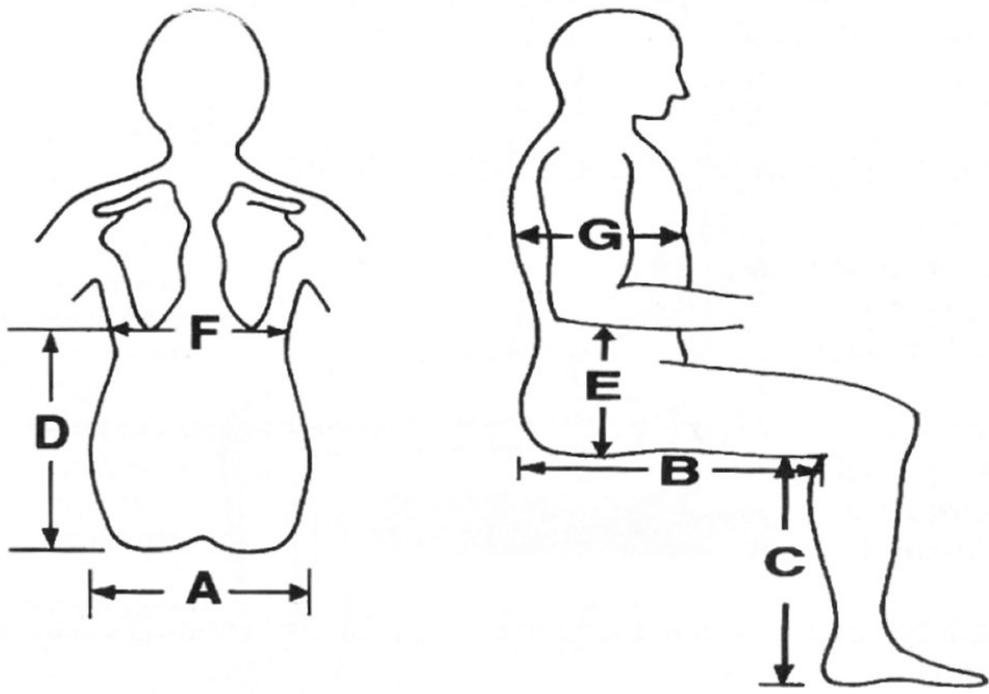
.....

.....

.....

.....

Misure principali ^e



- A. Distanza fra i due trocanteri - cm.....
- B. Distanza fra la zona poplitea e la zona posteriore del bacino - cm.....
- C. Distanza fra la parte inferiore della coscia e il punto di appoggio del piede - cm.....
- D. Distanza fra l'angolo inferiore della scapola ed il piano del sedile - cm.....
- E. Distanza fra la parte inferiore del gomito ed il piano del sedile - cm.....
- F. Distanza fra le due ascelle - cm.....
- G. Profondità torace - cm.....

**IDONEITA' DELLA CARROZZINA IN USO
O MOTIVI DELLA SOSTITUZIONE ^f**

.....

.....

.....

.....

.....

Marca			
Modello		Misura	

<u>Trazione manuale</u>	• Autospinta	• Accompagnatore
<u>Trazione Elettronica</u>	• Interni	• Esterni
	• Luci, fari, segnalatori	• Schienale abbattibile
	• Pieghevole senza batteria	
Joystick comandato da	• Mano dx	• Altro segmento corporeo
	• Mano sx	
	• centrale	

Telaio	<ul style="list-style-type: none"> • Standard • Doppia Crociera • Struttura leggera • Superleggera 	 12.24.03.118 12.24.03.121 12.21.06.060
Larghezza sedile cm _____ Profondità sedile cm. _____	<ul style="list-style-type: none"> • Tela • Rigido • Rigido con foro • > 45 cm 	 12.24.06.169 12.24.06.166 12.24.06.175
Schienale Altezza cm _____	<ul style="list-style-type: none"> • Regolabile in inclinazione • Prolungamento in altezza • Basso • Cusinetto di spinta per tronco • Cuscinetto per lordosi 	 12.24.06.163 12.24.06.157 12.24.06.148 12.24.06.151
Braccioli	<ul style="list-style-type: none"> • Regolabili in altezza • Desk • Proteggi abiti 	 12.24.06.160 12.24.06.172 12.24.06.154
Pedana	<ul style="list-style-type: none"> • Unica • Doppia • Inclinabile 	 12.24.03.109
Poggipiedi regolabile	<ul style="list-style-type: none"> • Prono-supinazione • Flesso-estensione • Cinturino fermapiedi • Cinghietto fermatalloni 	 12.24.03.115 12.24.03.115

Ruote Posteriori diametro cm _____ Anteriori diametro cm _____	• Perni ruote grandi regolabili in più posizioni	12.24.21.109
	• Perni delle forcelle regolabili	12.24.21.112
	• Estrazione rapida	12.24.21.106
	• Posizionamento ruote grandi sotto il sedile	12.24.21.115
	• Monoguida - dx - sx	12.24.03.112
	• Anello di spinta a timone	12.24.09.106
Tavolino	• Normale	12.24.15.109
	• Con incavo avvolgente	12.24.15.112
Sistemi di contenimento	• Cinghia pettorale	12.24.06.136
	• Cinghia a bretellaggio	12.24.06.139
	• Divaricatore a sedile	12.24.06.142
	• Divaricatore a telaio	12.24.06.145

<u>CUSCINO^h</u> Tipo	• Fibra cava siliconata	03.33.03.003
	• Viscoelastico compatto	03.33.03.009
	• Base anatomica preformata e fluidi automodellanti	03.33.03.012
	• Bolle d'aria a microinterscambio	03.33.03.015
	• Bolle d'aria a microinterscambio a due sezioni	03.33.03.018

Larghezza Cm. _____	Marca
Profondità Cm. _____	Modello

Annotazioni su eventuali sistemi di postura

9.3 Scheda di valutazione della Carrozzina

E' stata studiata per facilitare i prescrittori e i tecnici ortopedici nell'assegnazione delle carrozzine. Si analizzano una serie di fattori importanti per capire la funzione che principalmente si richiede a tale ausilio (per uscire, per interni, per la postura, elettrica o manuale); importante è annotare le misure ambientali (ascensori, porte, passaggi minimi) e le misure dell'utente per evitare errori nell'assegnazione. L'ultima parte costituisce una sorta di radiografia della carrozzina che si vuole assegnare, con i vari codici che evitano al prescrittore la ricerca sul nomenclatore.

- a. Si valuta l'utilizzo principale richiesto all'ausilio
- b. Occorre compilare meticolosamente questa parte per avere un riferimento delle misure minime in cui la carrozzina dovrà passare (in particolare porte non standard, passaggi stretti es. nel bagno o nell'ascensore), la presenza di scalini o barriere architettoniche potrebbe essere utile per scegliere i tipi di ruote più idonei.
- c. Se la carrozzina è richiesta anche per ambienti specifici esterni al domicilio, occorre programmare un sopralluogo sul posto per esaminare le caratteristiche di esso. Indicare eventualmente le caratteristiche del tragitto quotidianamente percorso.
- d. Tra le caratteristiche della persona vengono prese in esame la facoltà di autospinta o di utilizzo di disteretti corporei per un eventuale prescrizione di carrozzina elettronica
- e. E' importante compilare con precisione le misure principali dell'utente per far in modo che la fornitura dell'ausilio sia adeguata all'utente. Questo dovrebbe essere soprattutto utile alle ditte ortopediche che possono (se già non lo fanno) ordinare il presidio nella maniera più personalizzata possibile.
- f. Qualora l'utente sia già dotato di un ausilio, specificare il motivo di sostituzione
- g. Questa parte costituisce la radiografia della carrozzina: vengono presi in esame i singoli elementi a conclusione dalla valutazione effettuata in precedenza. In alto viene codificato il tipo di carrozzina, Qualora si sia proceduto ad una prova si può indicare la marca ed il modello dell'ausilio scelto. Indicare con precisione la misura del sedile. Segnare con una croce i punti che corrispondono ad eventuali aggiuntivi o personalizzazioni di modo che il prescrittore ed il tecnico abbiano a disposizione tutti i codici ed i dati identificativi dell'ausilio proposto.

Indicare tipologia e eventualmente marca e modello di cuscino antidecubito o eventuali annotazioni se fosse necessario utilizzare un sistema di postura (per i cuscini e i sistemi di postura utilizzare eventualmente le schede specifiche.

Sistema di postura proposto: (tipo, marca, modello).....

UNITA' POSTURALE PER BACINO

Costruita su misura in materiale sintetico modellato su calco negativo/positivo completo del sistema di fissaggio alla base.

18.09.39.012

c.s. con elementi predisposti direttamente adattati sul paziente. I moduli e le regolazioni debbono consentire eventuali modifiche della configurazione della seduta e adeguare l'ausilio alla situazione evolutiva dell'utente.

18.09.39.015

UNITA' POSTURALE PER IL TRONCO/BACINO

Composta da un sedile e uno schienale, è costruita su misura in materiale sintetico modellato su calco negativo/positivo, completo del sistema di fissaggio alla base.

18.09.39.018

c.s. con elementi predisposti direttamente adattati sul paziente. Il supporto dorsale può essere inclinabile per consentire la variazione dell'angolo di inclinazione DORSO/SACRALE. I moduli e le regolazioni debbono consentire eventuali modifiche della configurazione posturale e adeguare l'ausilio alla situazione evolutiva dell'utente.

18.09.39.021

UNITA' POSTURALE PER IL CAPO

Atto a garantire adeguato sostegno, regolabile in altezza costruita su misura in materiale sintetico modellato in calco negativo/positivo

18.09.39.024

c.s. con elementi predisposti direttamente adattato sul paziente. Il modulo di supporto deve consentire una regolazione in altezza, in senso antero-posteriore, in inclinazione e lateralmente.

18.09.39.027

UNITA' POSTURALE PER ARTO SUPERIORE

E' costituita da un bracciolo modellato per il contenimento dell'avambraccio, con elementi predisposti modulari

18.09.39.030

UNITA' POSTURALE PER ARTO INFERIORE

Costituita da elementi predisposti modulari. Pedana con appoggiapiedi unico, inclinabile, regolabile in altezza

18.09.29.033

Pedana con appoggiapiedi diviso, inclinabile, con possibilità di differenziare in maniera indipendente dal posizionamento del singolo piede per quanto riguarda la regolazione dell'altezza della divaricazione, della flessione-estensione, della pronosupinazione.

18.09.39.036

AGGIUNTIVI

Regolazione della lunghezza del sedile	18.09.39.133
Regolazione della altezza dello schienale	18.09.39.136
Elementi di contenimento laterali, per bacino regolabile (la coppia)	18.09.39.139
Stabilizzatore pettorale	18.09.39.142
Cinghia a bretellaggio	18.09.39.145
Pelotta toracale regolabile in altezza ed in senso trasversale	18.09.39.148
Pelotta frontale con snodo (singola)	18.09.39.151
Appoggio palmare di varie forme	18.09.39.154
Cuneo divaricatore anatomico rigido imbottito regolabile in senso antero-posteriore	18.09.39.157
Regolazione laterale del divaricatore	18.09.39.160
Cinghia pelvica	18.09.39.163
Regolazione dell'intra/extra rotazione del piede per pedane	
Indipendenti	18.09.39.166
Poggiagambe a contenimento laterale	18.09.39.169
Tavolino con incavo e con regolazione dell'altezza e dell'inclinazione	18.09.39.172

Obiettivi e risultati

- Maggior allineamento del tronco
- Maggior allineamento del bacino sul piano antero posteriore
- Normalizzazione dell'assetto delle coxofemorali
- Rachide più in asse
- Miglioramento delle performance motorie nel controllo posturale assiale
- Miglioramento delle performance motorie nella motricità volontaria degli arti sup.
- Contenimento e conforto
- Altro

9.4 Scheda di valutazione dei sistemi di postura

Segue la logica delle schede precedenti, con una prima parte più valutativa rispetto alle problematiche posturali dell'utente ed una parte successiva che indica il tipo di ausilio proposto con la codifica per facilitare il compito dei prescrittori. Un'ultima parte è legata ai risultati ottenuti rispetto ad agli obiettivi prefissati.

- a. Analisi della postura: segnalare quali difetti appaiono più evidenti e se possibile quali sensazioni riferisce l'utente.
- b. Rilevare analiticamente la posizione dei singoli distretti corporei partendo dal bacino. Una volta evidenziato il difetto osservare se è possibile la correzione di esso e quali effetti provoca questa correzione sull'intero sistema posturale. E' importante iniziare dal bacino per iniziare le eventuali correzioni e successivamente passare in sequenza agli altri distretti corporei.
- c. Dopo aver analizzato la postura e aver valutato le reazioni posturali dell'utente al tentativo di riduzione degli atteggiamenti posturali scorretti si procederà alla misurazione corporea per poter assegnare il sistema posturale di dimensioni adeguate (es. importante è la profondità del torace per assegnare eventuali pelotte di spinta laterale di giuste dimensioni, o avere la larghezza da trocantere a trocantere esatta per assegnare un sedile contenitivo di esatta misura.)
- d. E' assolutamente indispensabile su questo tipo di ausili una prova per valutare al meglio le correzioni da apportare e la tipologia di ausilio da assegnare. E' quindi opportuno indicare marca, modello e dimensioni dell'ausilio proposto.
- e. Dopo la prova si può valutare il risultato ottenuto per validare l'ausilio proposto

SISTEMA SANITARIO NAZIONALE
Riabilitazione e Recupero Funzionale
ASL 1 — TORINO

VIA FARINELLI 40/1
Tel.011/5665563 — Fax. 011/5665566



UNITA' DI VALUTAZIONE E CONSULENZA AUSILI

Scheda di rilevazione ambientale per montascale

TIPO DI CASA

Unifamiliare

Pianoterreno

Più Piani

Condomino

Piano abitazione

ABITAZIONE

in proprietà

in affitto

ACCESSO PRINC.

Luce Porta cm

Scalini si altezza cm..... Profondità cm

no

ACCESSO SEC.

si

no

caratteristiche.....

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

SCALA

rettilinea

a rampe

semichiocciola

chiocciola

nr. Rampe per piano.....

Larghezza cm.....

muratura

in legno

caratteristiche

.....
.....

GRADINI

alzata cm

Profondità cm

caratteristiche

.....
.....

PIANEROTTOLI

Inferiore

larghezza cm.....

Profondità cm.....

Superiore

larghezza cm.....

Profondità cm.....

intermedi

larghezza cm.....

Profondità cm.....

Altro.....

9.5 Scheda di rilevazione ambientale per montascale

La scheda vuole essere un promemoria dei vari fattori da considerare per la prescrizione di montascale mobili a ruote o a cingoli. Prende in considerazione la tipologia di casa, se di proprietà, il tipo di scala e le varie misure dei gradini e pianerottoli, per rendere la scelta del montascale appropriata (es. su un pianerottolo che misuri cm 100 di profondità occorre valutare lo spazio di manovra che il montascale richiede, per non correre il rischio che venga fornito un montascale a cingoli che non si può utilizzare. Oppure su una scala a chiocciola ci si dovrà orientare su un ausilio a ruote.) E' fondamentale con questo tipo di ausili l'addestramento all'uso.

9.6 Scheda da compilare al termine della consulenza

E' un questionario da far compilare all'utente dopo l'ultimo incontro. Andrà riconsegnato ad un addetto alla raccolta identificato nell'addetto alle informazioni nella portineria dell'asl che raccoglierà i questionari in un apposito contenitore in maniera tale da garantire l'anonimato. Mensilmente il CIA provvederà alla raccolta e indicizzazione dei dati ottenuti.

9.7 Scheda di Follow-up a distanza

In attesa di organizzarsi e sviluppare un sistema oggettivo di valutazione dei risultati, si è pensato ad un questionario che analizzi il grado di soddisfazione soggettiva dell'utente nei confronti dell'ausilio e del servizio consulenza ausili

QUESTIONARIO DI TERMINE CONSULENZA

Da compilare a cura dell'utente e da restituire presso lo sportello informazioni dell'ASL

1. Hai incontrato difficoltà nel reperire e raggiungere questo servizio? Si NO
Se hai risposto SI indicaci i motivi _____
2. Hai incontrato difficoltà nella relazione con gli operatori? Si NO
Se hai risposto SI indicaci i motivi (difficoltà nel dialogo, si sono sostituiti a te nella scelta, ecc)

3. Sei soddisfatto delle informazioni ricevute? Si NO
4. Dai un giudizio da 1 a 5 sulle varie fasi della consulenza (1 totalmente insoddisfatto – 5 molto soddisfatto)
- Informazioni fornite _____
 - Analisi e valutazione del problema _____
 - Prova di ausili _____
 - Assistenza nella fornitura _____
 - Addestramento all' uso _____
5. Se avrai bisogno ti rivolgerai nuovamente al centro? Si NO
6. Cosa possiamo fare per migliorare la qualità del servizio? _____
- _____
- _____

Sperando di esserti stati d'aiuto nella tua scelta, ti ricordiamo che sarebbe utile fare il punto della situazione tra 6 mesi, quando avrai familiarizzato meglio con gli ausili proposti. Conserva i nostri dati qui sotto potrai contattarci per ogni tua necessità.

SRRF ASL 1 – Distretto 10 Centro Informazione Ausili Tel 011/566..... Ma – Gio ore 9 – 12

4. Sei in contatto con il Centro Informazione Ausili Si No

5. Ritieni adeguato il servizio finora fornito Si No

Se hai risposto no indica le motivazioni _____

6. Hai dei consigli per migliorare il servizio? _____

Ti ringraziamo per la collaborazione e ti ricordiamo che questionario è utile ai fini di valutare il servizio da noi svolto, e per capire se le soluzioni che abbiamo scelto insieme sono state utili a te o ai tuoi familiari.

A disposizione per qualsiasi problema o chiarimento, ti inviamo un cordiale saluto.

L'equipe del CIA

Asl 1 – Distretto 10

Via Farinelli 40/1 – tel

Bibliografia

Agati M.T: *“proposta per la gestione degli acquisti e dei processi di fornitura per gli ausili antidecubito inseriti nel D.M. 332/99”*. Milano: 2001

Andrich R (a cura di): *“Ausili per l'autonomia”*. Milano: Pro Juventute, 1998

Andrich R: *“Consigliare gli ausili –Organizzazione e metodologia di lavoro dei Centri Informazione Ausili”*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1996

Andrich R, Moi M: *“Quanto costano gli ausili? Lo strumento SIVA-CAI. Manuale per l'analisi dei costi nei progetti individualizzati di sostegno alla vita indipendente”*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1998

Caracciolo A, Ferrario M (a cura di): *“Seating clinic, linee guida per la valutazione della postura nelle disabilità motorie”*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1998

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

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

Stovring D: *“Il sistema di postura”*. Jay medical, 1997