



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 2001/2002

Organizzazione di un Centro Consulenza Ausili nell'ASL 14 Piemonte, Distretto di Verbania

CCA VERBANIA

Candidato: Giovanni Pozzuoli

***Abstract:** Viene proposta l'ipotesi, realistica, di riorganizzazione del sistema di consulenza e fornitura ausili nel territorio del Verbania, attraverso la creazione di un Centro Consulenza Ausili, per meglio rispondere alle esigenze dell'utenza diretta ed indiretta. Finalità di questo progetto è quella di offrire alle persone disabili ed ai loro familiari, attraverso un approccio competente e professionale, un canale di accesso univoco, orientato alle soluzioni dei reali bisogni, che conduca a scelte che coinvolgano in maniera consapevole e determinante l'utente stesso, in tutti i passaggi di acquisizione dell'ausilio, prevenendone l'abbandono o un erronéo utilizzo, attraverso controlli di follow up e di un successivo rapporto continuativo nel tempo con l'ente pubblico. Nei principi ispiratori di tale progetto, il Centro Consulenza Ausili viene collocato in un contesto istituzionale-organizzativo già esistente nel Distretto, in azione sinergica ad altri interventi socio-sanitari. Le aspettative dell'utenza, il controllo della qualità percepita, l'analisi dei rapporti tra costi e risultati, compatibilmente con le risorse umane disponibili, costituiscono gli elementi fondamentali per una migliore razionalizzazione della spesa e di una maggiore efficienza dell'erogazione del Servizio Pubblico nel settore ausili. Mettere in relazione ed integrare tra loro i diversi soggetti del settore, attraverso l'elaborazione di piani operativi e protocolli d'intesa, può essere una cosa difficile ed ambiziosa, ma sicuramente auspicabile, anche in previsione di ispirare scelte politiche ed amministrative consapevoli, in un futuro ormai prossimo di "Quadrante Sanitario Regionale".*

Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich
Ing. Maurizio Ferrarin

1. INTRODUZIONE

1.1 Disabilità e cronicità: nasce il bisogno sociale

Le conquiste in campo medico e tecnologico hanno portato sempre di più ad un aumento della durata media della vita ed in molti casi a condizioni di vita qualitativamente sempre migliori.

Di contro però, si è assistito progressivamente negli anni, ad un aumento vertiginoso di persone con ridotta autosufficienza e con disabilità più o meno complesse, tali da costituire un fattore critico nell'ambito del controllo dei costi dell'assistenza sanitaria.

La comorbilità (la presenza concomitante di diverse malattie croniche) diviene prevalente con l'età verificandosi nella maggior parte degli anziani, producendo allo stesso tempo un aumento del bisogno e la necessità di intervento socio-assistenziale.

L'Organizzazione Mondiale della Sanità ha svolto un ruolo di primissimo piano nel sancire i diritti dell'uomo alla salute ed alla integrazione sociale. Oltre ad interventi mirati alla prevenzione, cura e riabilitazione, si è fatta sempre più incisiva la consapevolezza che a tali interventi bisognava affiancare una serie di strategie mirate alla gestione sia a breve che lungo termine dell'aumentato bisogno di intervento socio-assistenziale e sanitario da parte della collettività. L'esistenza quindi di un reale bisogno ha spinto la ricerca in campo medico e tecnologico, a cercare soluzioni sempre più consone e progredite volte ad assicurare una qualità di vita migliore ai soggetti interessati da tali eventi morbosi.

Notevoli sono stati gli sforzi che sono stati fatti negli ultimi anni, attraverso promulgazioni di leggi sia nazionali che europee finalizzate alla lotta contro l'esclusione sociale delle persone disabili; e questo non solo a sancirne diritti primari come quello alla salute ed al benessere sociale, ma anche nell'ottica di migliorare la qualità di vita, intesa proprio quale percorso di autonomia e di integrazione e partecipazione alla vita scolastica, nelle attività lavorative, nelle relazioni sociali (vedi ad es. la legge N°104 del 5/2/92 “ Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate”).

Abbiamo già avuto esempi nella storia del nostro Paese, di come ci sia stato il rischio di fornire al cittadino divenuto disabile un'assistenza sanitaria a volte “ghettizzante” in Istituti o Ricoveri con condizioni che nulla hanno a che vedere con i percorsi di autonomia, di dignità ed integrazione sociale, quali quelle sancite più volte da organi autorevoli sia a livello nazionale che europeo sopra citati. La creazione di una società intelligente, deve presupporre alla base la convinzione che non bisogna sanitarizzare queste condizioni, ma risolverle attraverso una serie di soluzioni che permettano alla persona disabile, il superamento dei suoi limiti fisici, permettendole una collocazione dignitosa ed accettabile nella collettività .

Affinché si giunga ad un concetto “supra partes” di uno Stato solidale ed intelligente bisogna pensare in termini di investimento e non di semplice spesa e movimentazione di risorse disponibili.

Tale convinzione è per fortuna sempre più riconosciuta e seguita a livello istituzionale, tanto da aver ispirato scelte politiche, legislative e di spesa, finalizzate ad un investimento sociale e tali da sfruttare la rete familiare esistente intorno al disabile, fino a poter arrivare in futuro ad un maggiore risparmio sui costi di assistenza a domicilio o di ospedalizzazione.

Il progresso della medicina e quello tecnologico-industriale, rendono oggi possibile ed auspicabile ciò che un tempo era impensabile, offrendo soluzioni alla vita concreta di chi altrimenti non potrebbe muoversi, leggere, studiare, lavorare e produrre.

Gli ausili, ossia quegli strumenti tecnologici avanzati o di comune commercio che consentono alla persona disabile di fare ciò che altrimenti non potrebbe, o di farlo in modo diverso più sicuro, veloce o semplicemente meno faticoso, svolgono oggi un ruolo fondamentale nel migliorare la qualità di vita e le relazioni sociali.

“ Il conseguimento di una tale autonomia personale e familiare, dunque, o quanto meno della massima autonomia possibile, è certamente una delle chiavi per l'integrazione nella società, e deve rappresentare un obiettivo prioritario di qualunque intervento di riabilitazione o di supporto sociale. Ma per una persona disabile il problema non è oggi l'assenza di strumenti tecnologici adeguati. Gli strumenti di per sé esistono, e vi sono energie e risorse che vanno intensificandone nel tempo

l'efficacia. Il problema è come renderli concretamente fruibili nella vita quotidiana, superando le molte e diverse barriere legate alla loro identificazione, selezione, personalizzazione, training, assistenza tecnica, nonché le barriere di natura economica; non ultime quelle legate ad un mercato di recentissima evoluzione” (Andrich, 1996)

1.2 Gli ausili e la riabilitazione nel percorso di autonomia.

I principi fondamentali per conseguire la massima autonomia personale e familiare, sono stati fatti propri dagli interventi di riabilitazione e di supporto sociale, attraverso la personalizzazione di percorsi riabilitativi e lo studio di strategie mirate al recupero o al compenso di funzioni perdute.

Considerare quindi, gli ausili quali strumenti tecnologici finalizzati all'aiuto nello svolgimento di specifiche attività della vita quotidiana (Andrich 1996), inseriti in una logica di una particolare strategia o percorso di autonomia, comporta necessariamente cautele di ordine diverso che debbono essere seguite in ogni approccio al problema che intenda essere corretto.

Innanzitutto, *scegliere un ausilio tecnologicamente avanzato, personalizzarlo, addestrare una persona al suo corretto utilizzo, verificare a posteriori se “sul campo” risponde allo scopo per cui è stato scelto, è compito di forte pregnanza interdisciplinare: richiede valutazioni non solo cliniche, ma tecniche, psicologiche, sociali; richiede inoltre chiarezza di obiettivi e la partecipazione attiva della persona disabile stessa, che è il vero protagonista di una scelta che non può essere imposta, ma che deve consapevolmente maturare. Non è infrequente, viceversa, che l'ausilio sia scelto o prescritto sulla base di valutazioni approssimative o di ciò che “ si è sentito dire”, finendo poi per rivelarsi inutilizzabile, ed avendo fatto sfumare energie, denaro e speranze.*(Andrich 1996)

Diventa allora fondamentale assicurare sì, l'informazione sull'esistenza degli ausili e sulle loro caratteristiche, ma anche garantire un supporto professionale per una scelta mirata degli stessi, predisporre servizi di addestramento al loro uso, di fornitura, installazione, personalizzazione e manutenzione.

Occorre poi, seguendo concetti sviluppati in ambito internazionale, considerare l'ausilio secondo una visione più sociale, rispetto alla visione sanitaria che ha prevalso finora. Gli stessi programmi di ricerca della Commissione Europea tendono oggi a considerare inscindibile il binomio Ausili/Accessibilità (Assistive Devices/Design for All), in quanto entrambi gli aspetti concorrono in modo complementare al miglioramento dell'autonomia e della qualità di vita delle persone disabili, della popolazione anziana ed in generale dei portatori di bisogni speciali.

L'accessibilità è “l'adattamento dell'ambiente alle persone”, gli ausili rappresentano “l'adattamento della persona all'ambiente”: entrambi compongono in tal modo l'universo delle Tecnologie di ausilio” Assistive Technologies“, ossia quelle tecnologie atte a compensare limitazioni funzionali, facilitare l'autonomia e mettere ogni persona in condizioni di esprimere le proprie potenzialità (Andrich 1996).

1.3 La Classificazione Internazionale della Funzione e della Disabilità (ICDH)

Nel 1996, gli autori di uno studio condotto dall'O.M.S. (Organizzazione Mondiale della Sanità) e dall'Harvard University mostravano l'evolversi della situazione sanitaria mondiale e quale sarebbe stato l'impatto di 107 malattie nei successivi 20 anni (Murray C.J.L. et al., 1996). In questa previsione statistica si assisteva ad un aumento, ed alla progressiva maggiore importanza, di malattie che comportavano elevata morbilità e bassa mortalità. Infatti, piuttosto che focalizzare l'analisi sui dati di mortalità questo studio cercava di valutare la disabilità derivante da tali malattie ed il loro impatto sui sistemi sanitari. Come “trend” mondiale veniva riscontrata una transizione epidemiologica caratterizzata da un invecchiamento della popolazione generale, da un aumento delle malattie non trasmissibili e da una riduzione di quelle acute. Pertanto l'O.M.S., ispirato da tali risultati, ha iniziato a considerare tale cambiamento epidemiologico, come elemento fondamentale per forza di cose ad impatto anche economico e politico. Lo stesso ICIDH-2 (International Classification of Functioning and Disability), rappresenta uno strumento universale indispensabile per fornire un linguaggio comune

per chiarire cosa si intende per disabilità e quali concetti ne fanno parte a prescindere dalle differenze culturali e geografiche.

1.4 Perché la disabilità non diventi un business

La spinta alla continua ricerca tecnologica di nuove soluzioni da proporre all'utente disabile ed alla sua famiglia, ha incentivato negli ultimi anni un mercato tecnologico di grande interesse imprenditoriale ed in continua evoluzione. Si sono moltiplicate le aziende italiane e straniere impegnate nel settore degli ausili in particolare di quelli finalizzati al miglioramento della mobilità e del controllo ambientale. Se questo da una parte è stato positivo, in quanto ha incentivato conseguentemente investimenti, e lo sviluppo nella ricerca di nuova tecnologia e di materiali nel rispetto sempre maggiore di criteri legati all'efficienza, all'estetica, alla semplicità di utilizzo, dall'altra ha scatenato un aumento non sempre giustificato dei costi specie a livello di rete di distribuzione di tali prodotti. Il proporre da parte del mercato continue novità tecnologiche, può a volte confondere l'utente o la sua famiglia (pensiamo a ciò che può accadere in ambito di ausili informatici o per il sollevamento), e spesso si corre il rischio di acquisire un ausilio nella speranza di risolvere efficacemente un problema, ma creando invece delle nuove difficoltà derivanti dal corretto utilizzo, addestramento all'uso e manutenzione/riparazione. Può infatti accadere che si abbia difficoltà a reperire la ditta produttrice dell'ausilio, in caso di necessità di pezzi di ricambio o per eventuali riparazioni. Per far in modo che l'utente disabile e la sua famiglia, non diventino facile preda di tale evoluzione del mercato, si rende a maggior ragione necessario l'intervento di chi, come pubblica sanità, ha il dovere di tutelare non solo la salute fisica del cittadino, ma anche la corretta gestione delle risorse disponibili e dei potenziali effetti negativi che potrebbero derivare dalla delusione delle aspettative e delle proprie speranze.

Occorre quindi promuovere qualsiasi azione culturale, tecnica, organizzativa, corredata di tutte le risorse umane e le competenze scientifiche in grado di sostenere una qualunque forma di aiuto che permetta alla persona disabile, indipendentemente dalla sua gravità, di acquisire l'ausilio dopo aver maturato un percorso di scelta consapevole e aver avuto tutte le opportunità possibili riguardo alle offerte del mercato, ma anche una guida da parte di tecnici qualificati nel settore. Di pari passo, occorre conferire ai centri di consulenza ausili, connotazione di veri e propri snodi culturali ed organizzativi, tanto da portarli ad assumere un ruolo di interfaccia tra istituzioni e mercato.

Nei confronti delle istituzioni, affinché siano ad esse di stimolo propositivo nella corretta applicazione di quelle normative di riferimento nel pieno rispetto delle leggi esistenti; nei confronti del mercato, affinché all'analisi delle soluzioni offerte ed al momento dell'acquisto di un prodotto corrispondano equità per l'utente, utilità nella scelta, rispetto dei termini del contratto e razionalità di spesa per l'Ente Pubblico.

Proporre i Centri di Consulenza Ausili, al ruolo di protagonisti autorevoli, e di connotarli di elementi istituzionalmente riconosciuti, finalizzandoli ad una valorizzazione e mobilitazione di risorse ed esperienze vicine ai bisogni delle persone, significa dare maggiori garanzie di trasparenza e di consapevolezza alle soluzioni scelte, ponendo il cittadino/utente di fronte al mercato in una posizione più critica, fino ad adoperare nei casi più complessi, scelte e soluzioni non solo più efficaci, ma anche vantaggiose in termini di spesa e di utilizzo delle risorse realmente a disposizione.

1.5 I modelli di riferimento

Nel progettare un Centro Consulenza Ausili come in questo lavoro, non si poteva non riferirsi - come modelli teorici di riferimento - ad esperienze già maturate e consolidate negli anni da centri quali il S.I.V.A. della Fondazione Don Gnocchi di Milano, quelli rientranti nel circuito Glic (Andronico S. et al, Bologna 1999), l'Ausilioteca di Bologna, e non per ultimo a quanto stabilito dalle linee guida del Consorzio Eustat (Eustat, 1999) e di altre similari esperienze. Tutte queste realtà rappresentano modelli di successo, che hanno avuto e possiedono tuttora un profilo di assoluto rilievo in campo non solo nazionale; essi rappresentano però anche modelli in massima parte condivisibili ed esportabili in

altre realtà, soprattutto per il metodo di cui essi si avvalgono nelle proprie attività di consulenza e di ricerca.

L'intelligente intuizione di sviluppare modelli teorici sempre più elaborati nella struttura e nel contenuto, sicuramente frutto dell'esperienza quotidiana di tutti gli operatori del settore professionisti e non, impegnati in questo campo per loro cultura, scelta ed esperienza (educatori, medici, tecnici, formatori, ed per finire utenti disabili stessi), ha permesso di tracciare progressivamente negli anni, linee guida e validi modelli teorico-pratici.

Sicuramente, tale successo è conseguito alle diverse esperienze maturate in tale settore, proprio perché nate "sul campo", da un bisogno reale e profondamente radicate nella società. La disabilità è parte integrante dell'esperienza umana: chi può dire di non aver avuto esperienza diretta o indiretta di persone che, a causa di una disabilità insorta anche bruscamente (ad es. dopo un incidente automobilistico, o una patologia congenita o neonatale), si sono trovate in una situazione nuova, inaspettata, che ha cambiato profondamente la vita non solo al soggetto colpito, ma anche alla sua famiglia ai suoi affetti con profonde ripercussioni su tutto il programma di una esistenza?

Pertanto è proprio su questo bisogno dell'essere umano, che nasce la consapevolezza che, migliorare, organizzare, sensibilizzare l'opinione pubblica, la politica, diffondere ed informare il più possibile sulle soluzioni e le strategie migliori per risolvere un bisogno, diventa poi un'esigenza sociale e non solo della persona disabile; ed è proprio questo che un Centro di Consulenza Ausili si propone di fare.

1.6 L'orientamento politico-sanitario Piemontese : i quadranti sanitari

L'aver recepito i principi ispiratori e le finalità che si propongono questi modelli di consulenza e ricerca nel settore ausili, dopo l'esperienza conseguita al S.I.V.A. di Milano, non si poteva non trovare un'applicazione pratica di tale modello nel contesto socio-territoriale del Verbano.

La creazione infatti di un C.C.A. (Centro Consulenza Ausili) in questo territorio, si rendeva necessaria per una serie di esigenze, motivate sia dal particolare contesto territoriale, sia dal fatto che il Distretto di Verbania, dovrà necessariamente integrarsi nell'ambito della nuova organizzazione politico-sanitaria della A.S.L.(Azienda Sanitaria Locale) N°14 della Provincia del V.C.O. (Verbano-Cusio-Ossola) di recente creazione (vedi motivazioni per la scelta del progetto). A questo si aggiunga l'orientamento politico-sanitario della Regione Piemonte finalizzato alla futura creazione di "5 Quadranti Sanitari" raggruppanti ognuno diverse ASL. L'ASL 14 del V.C.O. verrà inserita nell'area di Quadrante 2 del Piemonte Orientale insieme alle ASL di Novara, Biella e Vercelli.

Pertanto in previsione di tali scelte politico-macrosanitarie, bisognerà necessariamente "pensare" non più ad una singola realtà socio-sanitaria "locale", ma ad organizzazioni più complesse, territorialmente più estese, che certamente con il tempo produrranno profondi cambiamenti negli attuali assetti gestionali. Quindi anche il settore ausili dovrà essere riorganizzato nelle modalità gestionali e di erogazione del servizio (vedasi in situazione iniziale l'affidamento del settore ausili a Ditta esterna "Ferrero S.p.A")

Naturalmente, lo scopo di questo lavoro, non è quello di avere la pretesa di fornire l'idea di un progetto necessariamente efficace ed infallibile, ma quella di un'ipotesi organizzativa nuova, peraltro integrata a ciò che già esiste attualmente, sicuramente però realizzabile, proprio perché ispirata a modelli di successo già collaudati in altre realtà. In ambito Piemontese sono infatti degne di nota alcune importanti iniziative anche su siti internet, come ad es: la recente creazione del Progetto "Ausili Leggi Informazioni" e relativo sito web www.alihandicap.org, promosso dall'assessorato alla Sanità della Regione Piemonte (In ambito del Progetto A.L.I. per l'Handicap dell'Osservatorio Regionale Disabilità promosso dalla Commissione Interassessorile per l'attuazione della Legge 104/92); nonché a realtà regionali nel settore ausili già esistenti tipo l' *ausilioteca virtuale* e lo *sportello Informahandicap* (iniziativa promossa dalla ASL 19 "Sportello Informahandicap" nell'ambito delle sedi Assistenza Sanitaria Territoriale del Distretto di Asti e di Nizza Monferrato) con distribuzione di broscure su informazioni utili sugli Ausili, attivati nella ASL N°19.

1.7 Assistive Technologies : un pianeta che va conosciuto

Lo standard internazionale ISO 9999 ha cercato di elaborare una definizione precisa dei concetti di **presidio** ed **ausilio**, entrambi racchiusi nell'unico termine *technical aids* o, meglio(per il maggior consenso che oggi gode in ambito internazionale), *Assistive device*. Con tale termine si intende *qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico di produzione specializzata o di comune commercio, utilizzato da una persona disabile per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, disabilità o handicap* (Standard En Iso 9999: citato in Andrich 1996). Sia che esso riguardi la mobilità personale, la comunicazione, le attività del tempo libero e di lavoro, il miglioramento ambientale, l'importanza di un simile prodotto è data, in primo luogo, dalla sua funzione.

Sotto il profilo funzionale, infatti, non è importante distinguere se un ausilio realizzi tale scopo tramite una tecnologia meccanica elettronica piuttosto complessa, o con semplici accorgimenti di basso contenuto tecnologico; piuttosto è essenziale distinguere tra ausili finalizzati al recupero di una funzione corporea ed ausili finalizzati allo svolgimento di specifiche attività della vita quotidiana (Andrich,1996).

A tale proposito, scrive Andrich: *"...tra i primi si annoverano tradizionalmente le protesi (che servono per sostituire totalmente o parzialmente parti del corpo mancanti) e le ortesi (che aumentano, migliorano o controllano le funzionalità di parte del corpo presenti ma compromesse, recuperandole alla normale funzionalità): entrambi vengono annoverati fra i presidi". I secondi costituiscono, più propriamente, l'universo degli "ausili".*

Tale suddivisione è essenziale ai fini della nostra trattazione, in quanto, l'adozione di una protesi o di una ortesi richiede fundamentalmente tipiche valutazioni mediche; gli ausili richiedono invece altri tipi di valutazioni tecnico-ambientali, familiari e sociali. Ad esempio, nella scelta di un ausilio nel superamento delle scale, sicuramente è utile la conoscenza del quadro clinico-funzionale della persona, ma è fondamentale conoscere dove abita la persona, quanto sono larghe le scale ed i pianerottoli, la disponibilità o meno di un accompagnatore e la sua prestanza fisica, il grado di accettazione dell'ausilio da parte dell'utente e della famiglia.

Non a caso si è assistito, in ambito internazionale ad un'ulteriore evoluzione del concetto di ausilio verso una visione più sociale rispetto alla visione sanitaria che ha prevalso finora. I programmi di ricerca della Commissione Europea, tendono a considerare inscindibile il binomio Ausili/Accessibilità (Assistive Devices / Design for All), in quanto entrambi gli aspetti concorrono in modo complementare al miglioramento dell'autonomia e della qualità di vita delle persone disabili, ed in generale anche della popolazione anziana.

L'accessibilità è "l'adattamento dell'ambiente alle persone": riguarda l'ambiente costruito, i prodotti ed i servizi di uso generale realizzati in modo fruibile da parte della più ampia percentuale di popolazione, incluse le persone anziane e le persone con disabilità.

Gli ausili rappresentano, invece, "l'adattamento della persona all'ambiente": comprendono quelle tecnologie specializzate per superare le barriere all'accessibilità, o per compensare certe limitazioni funzionali ai fini di facilitare o rendere possibili determinate attività della vita quotidiana (Andrich, 1996)

Ausili e tecnologie per l'accessibilità compongono in tal modo l'universo delle "Assistive Technologies" (Tecnologie di ausilio), ossia quelle tecnologie atte a compensare limitazioni funzionali, facilitare l'autonomia e mettere le persone disabili e le persone anziane in grado di esprimere le loro potenzialità. E' proprio l'universo delle "Assistive Technologies" e delle informazioni ad esse correlate (caratteristiche tecniche, problematiche cliniche associate, aziende, legislazione etc...) l'oggetto specifico del lavoro dell'ausilioteca come quella in esame.

Per una persona disabile, infatti, il problema non è oggi l'assenza di strumenti tecnologici adeguati. Gli strumenti di per sé esistono, e vi sono energie e risorse che vanno intensificandone nel tempo l'efficacia. Il problema è come renderli concretamente fruibili nella vita quotidiana, superando le molte e diverse barriere legate alla loro identificazione, selezione, personalizzazione, training, assistenza tecnica, nonché le barriere di natura economica. Scegliere un ausilio tecnologicamente avanzato, personalizzarlo, addestrare una persona al suo corretto utilizzo verificare a posteriori se "sul campo" risponde allo scopo per cui è stato scelto, è compito di forte pregnanza interdisciplinare: richiede valutazioni non solo cliniche, ma tecniche, psicologiche e sociali; richiede

inoltre chiarezza di obiettivi e la partecipazione attiva della persona disabile stessa, che è il vero protagonista di una scelta che non può essere imposta, ma che egli deve maturare. Ecco perché diviene fondamentale assicurare informazioni sull'esistenza degli ausili e sulle loro caratteristiche, garantire un supporto professionale per una scelta mirata degli stessi, predisporre servizi di addestramento al loro uso, di fornitura, installazione, personalizzazione e manutenzione (Andrich 1996).

1.8 La disabilità geriatrica risultato di una Società in continuo invecchiamento

L'analisi epidemiologica condotta sulla popolazione ultrasessantacinquenne disabile residente nel Verbano, svolta in questo lavoro, evidenzierà dei dati interessanti che emergono, sempre più marcati, quale risultato di una Società che è in continuo invecchiamento. Si cercherà di dimostrare l'importanza di considerare l'anziano con una o più patologie, nella sua complessità clinico-funzionale, con particolare attenzione alle valutazioni tecnico-ambientali, dei supporti familiari e della rete dei Servizi in cui è inserito.

Ci si pone tra gli obiettivi più auspicabili, quello di individuare attraverso la creazione di un Centro Consulenza Ausili, maggiori competenze professionali nel settore ausili per migliori soluzioni e strategie in ambito di management geriatrico. Nel piano di cura di un anziano ci si auspica che la erogazione delle prestazioni socio-sanitarie e la razionalizzazione della spesa, non sia solo un obiettivo politico- socio-sanitario da raggiungere, ma diventi anche, e soprattutto, la ricerca di soluzioni tecnologiche sempre più efficaci in termini di qualità ed aspettativa di vita.

Fornire ad un anziano (anche nei casi più gravi dove si registra la massima riduzione della mobilità e delle autonomie) ed alla sua famiglia soluzioni più efficaci per una facilitazione assistenziale, per il superamento delle barriere architettoniche nell'ambiente costruito, per favorire la mobilità interna ed esterna all'abitazione, significherebbe in molti casi evitarne l'istituzionalizzazione ed il conseguente distacco dalla propria casa e dalla famiglia.

2. IL CONTESTO

2.1 Contesto geografico : il territorio della Provincia del V.C.O.

Il territorio della **Provincia del Verbano-Cusio-Ossola (V.C.O.)**, si estende geograficamente nel Piemonte nord-orientale per una superficie complessiva di 2332,32 Km². Conta una popolazione di circa **170.000 abitanti** distribuiti in 87 Comuni ed **1 Azienda Sanitaria Locale** (organizzata come vedremo in seguito).

L'85% del territorio è montano (in gran parte è zona a tutela naturalistica), e si addentra a nord nell'area alpina fino al confine Svizzero con il passo del Sempione e più ad est con il Cantone Ticino. Caratteristica geografica di questo territorio è la presenza dei laghi D'Orta e Maggiore. La navigazione di quest'ultimo, consente facili collegamenti con i principali centri costieri della sponda svizzera e lombarda.

Questa favorevole posizione geografica, crocevia per gli scambi commerciali ed il transito delle merci tra l'Italia e la Svizzera, ha consentito lo sviluppo di un notevole numero di attività economiche.

Industria, Artigianato e Turismo (quest'ultimo rappresenta uno dei cardini principali dell'economia con una rete alberghiera di elevato livello sia nell'area lacustre che nei vari centri turistici alpini) rendono questa Provincia tra le più prospere della Regione.

Pur disponendo di solide risorse economiche, il V.C.O., negli ultimi anni, a causa della sua recente costituzione politica (diventa Provincia ai sensi del D.L. n°277 del 30/4/92), sta investendo enormi risorse sul piano sia della riorganizzazione politico-sociale che sanitaria.

Per ciò che concerne questo ultimo punto, l'evento forse più importante di riorganizzazione è rappresentato dal progetto di creazione di un Ospedale Unico per l'intera Provincia al posto degli attuali tre presidi Ospedalieri esistenti ed appartenenti alle ex USL 55, 56, e 57 con attuali costi di gestione e manutenzione troppo onerosi.

2.2 L'assistenza sul territorio: l'Azienda Sanitaria Locale N°14

A partire dal 31/12/1992 in base al decreto legislativo **502/ 92 “Riordino della disciplina in materia sanitaria”** che riformava il sistema sanitario nazionale, venivano ridefinite la natura giuridica e le competenze sanitarie territoriali delle Unità Sanitarie Locali (USL). La nuova denominazione e trasformazione in **Aziende Sanitarie**, le ha configurate quali enti strumentali Regionali, che provvedono a garantire i livelli di assistenza previsti dal piano sanitario nazionale nel proprio ambito territoriale (D. Lgs. 502/92). Le ex USL N° 55 (Verbania), N° 56 (Domodossola), e N° 57 (Omegna), venivano, così, raggruppate in base a questa nuova direttiva nazionale in una unica Azienda Sanitaria Locale (ASL) N° 14 del Verbano-Cusio-Ossola. Nel caso specifico inoltre, la competenza sanitaria della ASL N° 14, coincideva territorialmente con la nuova Provincia del V.C.O. con Capoluogo in Verbania. Venivano inoltre individuati **3 Distretti Sanitari** coincidenti territorialmente con le ex USL 55, 56, 57.

Proprio il fatto che territorio Provinciale e quello sanitario coperto dalla ASL 14 coincidessero, ha fatto sì che la riorganizzazione politica e sanitaria, procedessero negli anni di pari passo. Non poche sono state le difficoltà, nel conciliare le esigenze espresse dalle varie comunità locali per la distribuzione ed allocazione di uffici pubblici provinciali e dell'area sanitaria sul territorio (specie per la sede del futuro Ospedale unico), derivanti da dibattiti politici e richieste campanilistiche da parte dei principali tre grossi centri urbani di Verbania, Domodossola ed Omegna.

Riorganizzazione questa, prevista e comunque necessaria, nell'ottica di una razionalizzazione delle risorse economiche disponibili e del vincolo di bilancio . Infatti, in materia sanitaria, come accade per le altre Aziende Sanitarie del territorio nazionale, l'ASL N°14 è dotata di personalità giuridica pubblica, di autonomia organizzativa, amministrativa, patrimoniale e gestionale, e cosa ancora più importante proprio in base alla nuova formulazione dell'art. 3 del D.Leg.502/92 essa viene configurata quale **centro di imputazione di autonomia imprenditoriale** (da libro IV - Diritto degli Enti Locali- N°328/1- Edizione Simone, 2000)

Risulta pertanto, facilmente deducibile, che ogni programma di investimento sia per l'assistenza sanitaria Ospedaliera che extra-ospedaliera, nella dovuta considerazione del bisogno socio-sanitario espresso dalle comunità locali, possa essere attivato soltanto dopo l'effettiva acquisizione delle necessarie disponibilità finanziarie. L'ASL provvede a garantire i **livelli uniformi di assistenza** definiti nello standard minimo dalla programmazione sanitaria nazionale ed eventualmente rielaborati nei Piani Sanitari regionali. Può inoltre assumere la gestione di attività o servizi socio-assistenziali per conto e su delega dei singoli enti locali sui quali ricadono tutti gli oneri (compresi quelli relativi al personale) finanziari previsti e con contabilità separata, oltre alla erogazione di prestazioni socio-sanitarie per le quali c'è una forte integrazione tra realtà distrettuale dell'Azienda Sanitaria ed Enti Locali. Relativamente alle attività socio-assistenziali, l'art. 3 septies del D. Leg. 502/92, introdotto dal D.Lgs. 229/99, ne offre una definizione qualificandole come “ *tutte le attività atte a soddisfare, mediante percorsi assistenziali integrati, bisogni di salute della persona che richiedono unitariamente prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale in grado di garantire, anche nel lungo periodo, la continuità tra le azioni di cura e quelle di riabilitazione*”

Ruolo centrale per l'erogazione delle prestazioni socio-sanitarie di base ad elevata integrazione socio-sanitaria spetta ai **3 Distretti Sanitari**, attualmente esistenti. Infatti, se da un lato esiste la necessità pratica della creazione di un solo Presidio Ospedaliero per l'intera Provincia, dall'altro i Distretti rappresentano le vere unità territoriali di riferimento.

Tra le prestazioni socio-sanitarie comprendiamo:

1. prestazioni sanitarie a rilevanza sociale, cioè le attività finalizzate alla promozione della salute, prevenzione, individuazione, rimozione e contenimento di esiti degenerativi o invalidanti di patologie congenite o acquisite;
2. prestazioni sociali a rilevanza sanitaria, cioè tutte le attività del sistema sociale che hanno l'obiettivo di supportare la persona nello stato di bisogno, con problemi di disabilità o di emarginazione condizionanti lo stato di salute. Rientrano in questo ambito anche le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione socio-sanitaria tipiche delle aree materno-infantile,

anziani, handicap, patologie psichiatriche e di dipendenza da droga ed alcool, patologie in fase terminale, inabilità o disabilità conseguenti a patologie cronico-degenerative. In questo ultimo ambito possiamo collocare la fornitura di protesi ed ausili.

Le prestazioni socio-sanitarie ad elevata integrazione sanitaria sono assicurate dalle **aziende sanitarie locali** e comprese nei livelli essenziali di assistenza sanitaria, le prestazioni sociali a rilevanza sanitaria sono di competenza dei **Comuni**.

La seguente tabella indica i dati totali della popolazione distribuiti per ognuno dei 3 Distretti dell'A.S.L. 14 V.C.O.

Distretti	Superficie Km2	Densità Ab / Km2	Totale Abitanti
VERBANIA	480,10	132	63.373
OMEGNA	272,63	154	41.985
DOMODOSSOLA	1579,59	42	66.342
Totale ASL. 14 V.C.O.	2332,32	74	171.700

Come si può osservare dalla tabella precedente questa Provincia a fronte di una relativa grande estensione territoriale, presenta una densità di popolazione tra le più basse della regione.

Il Distretto di Verbania, con i suoi 63.373 abitanti e 27 Comuni, ha infatti organizzato, per essere più capillarmente efficiente, 2 sub-distretti con posti di presidio situati nei comuni di Stresa e Cannobio al fine di ottimizzare gli interventi e le erogazioni delle prestazioni sanitarie di base.

La gestione dell'emergenza sanitaria, nell'intera ASL 14, attraverso il "Servizio 118" viene invece coordinata dalla **centrale operativa di Premosello Chiovenda**, da cui partono (integrate in rete attraverso un centro operativo informatizzato), le direttive per le autoambulanze medicalizzate distribuite nei punti nevralgici del territorio, e quelle per il servizio di elisoccorso, al fine di garantire e servire anche i più piccoli Centri abitati, di difficile collegamento, limitrofi al confine Svizzero delle valli Ossolane e Cannobina.

2.3 I Servizi erogati dal Distretto e dai Servizi Sociali Territoriali

Gli interventi socio-sanitari ad elevata integrazione sanitaria, espressi dai bisogni dei vari utenti sul territorio, vengono gestiti dal Distretto, che come prima precisato svolge un ruolo centrale; a cui si affiancano interventi più propriamente socio-assistenziali in collaborazione agli Enti Locali come: I Servizi Sociali del Comune ed il Consorzio dei Servizi Sociali del Verbano.

Gli interventi attuati riguardano gli aspetti assistenziali relativi a problematiche abitative, economiche e familiari: si tratta di un servizio richiesto soprattutto dagli anziani, che spesso costituiscono nuclei con un solo componente (circa il 32.7% del totale v. i dati relativi a quanto specificato in bacino di utenza) in cui le prestazioni più rilevanti sono l'igiene della persona, l'aiuto domestico e l'accompagnamento. Inoltre, reinserimento sociale e lavorativo, orientamento e sostegno delle persone sieropositive, colloqui di valutazione sociale ed educativa ed orientamento attività tempo libero, attività di rete con servizi ed organizzazioni esterne quali: cooperative, associazioni-scuole, tribunali di sorveglianza, comunità terapeutiche, struttura penitenziaria, costituiscono altri elementi peculiari di tali Servizi.

Tra le **attività distrettuali sanitarie** rileviamo:

- **cure domiciliari** : Accesso Domiciliare Programmato (ADP) da parte del Medico di Famiglia; l'assistenza domiciliare integrata (ADI); assistenza a uro/colon stomizzati non deambulanti e pazienti uremici in trattamento emodialitico periodico
- **ricoveri semiresidenziali** (Residenze Sanitarie Assistenziali)(RSA), Residenze Assistenziali Flessibili (RAF) e posti di ricoveri temporanei;
- **prelievi ematici a domicilio**,
- **Unità Valutativa Geriatrica(UVG)** ed unità valutativa distrettuale;
- **area pervenzone** : consultorio materno/infantile, medicina scolastica
- **area convenzione**: Medici Medicina Generale, pediatri di libera scelta, guardia medica

- **area di assistenza integrativa protesica** con : gestione presidi , **ausili** ed assistenza integrativa generale, trattamenti ambulatoriali e diurni c/o strutture private accreditate , nutrizione enterale, Ossigenoterapia e ventiloterapia;
- **area assistenza stranieri I.S.I.** (Informazione Salute Immigrati).

2.4 Operatori e Servizi esistenti in ambito di assistenza integrativa e protesica

Nella città di Verbania, nella sede di viale S. Anna, sono collocati gli Uffici amministrativi del Distretto, con uno sportello di **area assistenza protesica** aperto al pubblico tutti i giorni dalle ore 9 alle 13 dal lunedì al venerdì. Questo ufficio, coordinato da 2 Dirigenti Medici con la collaborazione di 3 impiegate (1 assistente amministrativa e 2 coordinatrici amministrative) svolge attualmente una serie di compiti:

1. Rilascio autorizzazioni assistenza protesica ed ausili (rilascio modulistica per l'iter prescrittivo su apposito mod. AST 288, controllo certificati di collaudo, archiviazione delle schede utenti che afferiscono al Servizio. In questa fase l'attività di sportello svolge anche ruolo di informazioni ed orientamento (anche per utenza non di competenza per mancanza di un punto di informazione)
2. Controllo contabile fatture relative a protesica ed ausili, attraverso procedura "OLIAMM" (un programma software in collegamento in rete con l'ufficio ragioneria dell'ASL per la gestione degli ordini e la liquidazione di fatture a ditte esterne)
3. Appalto servizio di ventiloterapia domiciliare; fornitura di prodotti di assorbimento, erogazione di contributi per modifica strumenti di guida per utenti disabili; controllo prescrizioni per cateteri ,prodotti per uro/colonstomizzati, materiali da medicazione.

Successivamente, l'iter prescrittivo per l'acquisizione di protesi ed ausili come previsto dal D.M. 332/99, prevede da parte del medico specialista, la stesura di un progetto terapeutico-riabilitativo in cui inserire la prescrizione dell'ausilio. Tale valutazione viene eseguita da 2 medici specialisti, presenti in un ambulatorio, aperto al pubblico 2 volte a settimana, presso il Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'Ospedale. Gli stessi 2 medici specialisti si occupano inoltre, in casi specifici, di eseguire eventuali sopralluoghi a domicilio per valutazioni ambientali più circostanziate.

Sono presenti inoltre altri riferimenti di medici specialisti come ortopedici ambulatoriali ed ospedalieri, neurologi, otorinolaringoiatri per le protesi acustiche.

Degno di nota è l'ambulatorio "AISTOM", sito presso il reparto di chirurgia dell'ospedale, dove un medico chirurgo specialista ed una infermiera si occupano della valutazione e prescrizione dei pazienti stomizzati.

Nei casi in cui il paziente non è deambulante, ed ha difficoltà a recarsi in ambulatorio, il Medico di Medicina Generale, attraverso ricettario regionale provvede alla sola prescrizione di cateteri, pannoloni, cannule tracheali, sacche per uro/colonstomizzati.

Tutte queste figure polispecialistiche sopra menzionate, attualmente, non sono in relazione tra loro, ma indipendenti ed autonome, inserite nel contesto della Unità Operativa di appartenenza. La valutazione, la prescrizione ed il collaudo degli ausili prescritti (così come specificato nell'art. 4, comma 10 del supplemento ordinario alla Gazzetta Ufficiale del 27/9/99) viene eseguita dallo specialista prescrittore o da un medico della sua stessa unità operativa

Per ciò che concerne la procedura di autorizzazione delle forniture, presso il medesimo sportello di distretto sono presenti due Dirigenti Medici con funzione sia di controllo che di autorizzazione della spesa nel singolo caso.

3. BACINO DI UTENZA

1.3 Caratteristiche della popolazione residente (Tipologia di utenza)

Il Distretto Sanitario di Verbania comprende 27 Comuni con un territorio geomorfologicamente in gran parte montano e panoramico sul Lago Maggiore, mèta di turismo sia estivo che invernale

nonché luogo di insediamenti residenziali, prescelto dalle popolazioni locali per le favorevoli caratteristiche ambientali e climatiche offerte dal mite clima lacustre.

Grosso centro urbano di circa 31.000 abitanti, e sede di capoluogo di provincia, è la città di Verbania. Residenti stranieri in continuo aumento, tasso di disoccupazione sostanzialmente costante, indici di consumo superiori alla media regionale sono soltanto alcuni degli indicatori sociali dell'andamento più recente di questa città.

Le caratteristiche climatiche del territorio del Verbano hanno da sempre favorito l'insediamento umano, nel contempo però, con un numero sempre maggiore di anziani. Questi ultimi sono rappresentati sia dalla popolazione locale invecchiata (in parte accresciuta da giovani operai giunti in questa regione con l'esodo immigratorio degli anni cinquanta favorito dall'impianto di numerose industrie) sia da quella proveniente dalle vicine Province Lombarde e Piemontesi, attratte dalle caratteristiche climatiche ed ambientali di questo territorio, ed a vocazione privilegiata residenziale dopo il ritiro dall'attività lavorativa.

Analizzando qualche dato demografico (dati desunti dalle indagini pubblicate da "citymonitor di Datamedia) del marzo 2003, tra i 30.302 abitanti a fine 2002, risulta confermata la continua crescita della popolazione ultrasessantenne, attualmente attestata intorno ai 9249, corrispondente a circa un terzo degli abitanti complessivi. Nell'analisi delle famiglie si trova conferma anche la prevalenza assoluta di nuclei con un solo componente, che ammontano al circa 32.7% del totale, e con due soli membri (29,2%).

Focalizzando quindi l'attenzione sulla tipologia degli utenti e sui dati epidemiologici, caratterizzati per circa un terzo da utenti con età anagrafica geriatrica, supportati anche dai dati desunti dalla commissione territoriale di invalidità civile (non vengono presi in esame in questa analisi i dati derivanti dai casi giunti all'esame delle commissioni per i ciechi e per l'accertamento dell'Handicap con sede in Omegna e Domodossola), per gli ultra sessantacinquenni, emergono patologie ad elevato rischio di comorbilità e disabilità (grafico 2 e 3).

Si può così prevedere, come poi confermato dall'analisi dei presidi ed ausili forniti nell'anno 2000-2001,(tab.2) come la maggior parte di questi riguardi ausili per la cura personale (letti,sponde materassini antidecubito, comode), la mobilità (carrozze, deambulatori, bastoni, carrozzine elettroniche), accessibilità e barriere architettoniche (es. montascale) .

Tab.2

Cod. ISO D.M.332/99	Descrizione classe	N.ro prestazioni 2000	N.ro prestazioni 2001
Classe 03	Ausili per terapia ed addestramento	231	228
Classe 06	Ortesi e protesi	445	438
Classe 09	A. per cura e protezione personale	1250	1150
Classe 12	Ausili per la mobilità	405	436

Nell'ambito della classe 09 e 03 sono comprese anche le prestazioni (per singola fornitura e non per numero di pezzi) per pannoloni, cannule e prodotti per uro/colon stomizzati prescritti dai Medici Curanti a domicilio.

Si tratta in altre parole di ausili in massima parte finalizzati ad una migliore gestione dei pazienti allettati (in gran parte in età > 65 anni), ed alle esigenze di mobilità di quelli con gravi esiti di patologie oncologiche, uro/colonstomizzati, cerebrovascolari ed ortopediche (ad es. in postumi di fratture di femore); corsetti ortopedici dorso-lombari per la patologia osteoporotica senile.

In percentuale più bassa troviamo utenti più giovani con disabilità correlate ad esiti di cerebropatia neonatale, di PAA, amputati da arteriopatia obliteranti primitive o secondarie a diabete mellito, a medullose in esiti di politraumatismi da incidenti stradali.

Si badi bene che quando ci riferiamo ad utenti geriatrici comprendiamo specialmente quegli anziani che costituiscono nucleo familiare con uno o al massimo due componenti. Sono questi infatti che richiedono principalmente supporti socio-assistenziali più legati ai bisogni primari (igiene della persona, aiuto domestico ed accompagnamento) erogati dai servizi Sociali del Comune e dai Consorzi. Ma in tale contesto, ovviamente si accompagnano (come appresso vedremo), gli interventi di natura più propriamente sanitaria, erogati dal Servizio di Distretto dell'area integrativa e protesica.

Esaminando il numero di casi sottoposti alla Commissione per l'accertamento dell'invalidità civile operante nel Distretto di Verbania (nel triennio 2000-2001-2002 la commissione ne ha esaminati

3.542, si rileva una percentuale degli **ultrasessantacinquenni del 61.8% (2.188 casi)** ed in cui sono state riconosciute **1423 indennità di accompagnamento (tab.2)**

Tab.3 I casi sottoposti alla commissione invalidi civili del Distretto di Verbania

Anno	2000	2001	2002	Totale	%
Totale visite	890	1570	1082	3542	100,0
Paz. > 65 aa	580	895	713	2188	61,8
Indennità acc.	428	580	415	1423	40,2

Grafico 2. I casi esaminati dalla commissione

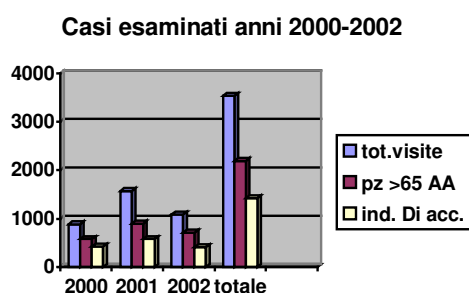
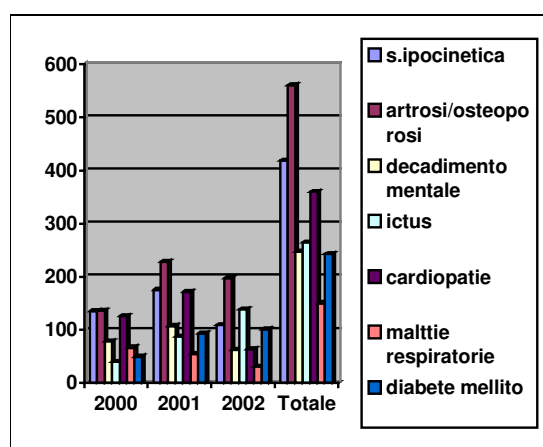


Grafico 3. Le patologie riscontrate



La s.ipocinetica ed il decadimento cognitivo riscontrati per n° 663 casi complessivi nel triennio in esame rendono un'idea del quadro di bisogno sanitario in questa fascia di utenza e del conseguente bisogno del carico socio-assistenziale che ne deriva per gli interventi territoriali del Distretto.

Altri dati interessanti emergono dalla analisi dei dati relativi all'anno 2001(vedi tab.3) ed inerenti ai pazienti geriatrici inseriti nelle strutture protette residenziali del territorio del Verbano (**totali 185 posti letto**) e di quelli in **lista di attesa per inserimento (totali 207)** e già valutati dalla commissione U.V.G. di competenza territoriale.

Tabella 3. Le strutture Residenziali Sanitarie Assistenziali presenti sul territorio del distretto

Posti letto residenziali in Strutture convenzionate con l'ASL	Inseriti nell'anno 2001	Lista di attesa per inserimento in struttura residenziale per il 2002
Opera Pia Uccelli di Cannobio	60 pazienti	
Istituto S. Famiglia di Verbania	65 pazienti	
Eremo di Miazzina (VB)	40 pazienti	
Nucleo Alzheimer Opera Pia	10 pazienti	
Nucleo Alzheimer I.S.F.	10 pazienti	
Numero di posti letto totali	185	207

Rapportando questi dati all'intera popolazione residente nel Distretto ci si può avvicinare per approssimazione alla reale percentuale (circa il 3-4 %) dei pazienti geriatrici con un grado di disabilità sia funzionale che cognitiva, nonché della carenza dei supporti socio-economici dei vari nuclei famigliari, tali da indurre la richiesta di inserimento in strutture residenziali (RSA).

Questi dati epidemiologici sia per il tipo di patologie identificate, sia per le persone in attesa di inserimento in Strutture Residenziali assistenziali vanno correlati ed integrati alle autorizzazioni di fornitura ausili e protesica e di intergrativa, nonché agli interventi a carattere sociale erogati sul territorio.

Per avere un'idea riguardo alle cifre di tali interventi si rimanda alla seguente tabella:

Tabella n.4 Spesa area integrativa e protesica del Distretto di Verbania per gli anni 2001-02

anno	N.ro totale Autorizzazioni	Spesa per ausili tecnici	pannoloni,cateteri,prodotti per stomizzati,cannule	Autorizzazioni extra-tariffario	Totale spesa area integrativa /protesic
2001	1.207	£1.288.000.000	£594.000.000	£54.400.000	£1.936.400.000
2002	1.147	€ 564.524,00	€ 295.540,00	€ 20.926,00	€ 880.990,00

Per ciò che concerne i fondi vincolati per le prestazioni fuori tariffario (si tratta di forniture extramassimali, riguardanti cannule e prodotti per atomizzati, cateteri e pannoloni che si rendono necessari oltre la quantità mensile prevista dal nomenclatore; spesso riguardano inoltre, materiali extratariffario inerenti ai bisogni di utenti medullosesi, grandi ustionati e con neoplasie).

A copertura della spesa per le autorizzazioni extratariffario, la Giunta Regione Piemonte attraverso le seguenti delibere (DGR n° 274 del 23/8/01 integrata successivamente con erogazione straordinaria con la DGR n° 335 del 25/10/01) stanziava per l'ASL 14 circa 70.000.000 di lire; per l'anno 2002 con delibera DGR n°102 del 22/4/02 stanziava € 20.761,00.

I dati su esposti rappresentano la gran parte, ma non la totalità del contesto reale, in quanto esistono numerosi casi sommersi, che molto spesso non giungono al filtro di identificazione socio-sanitaria del Distretto. Basti pensare ai nuclei parentali che provvedono alla gestione di famigliari più o meno giovani con patologie disabilitanti, utilizzando personale di assistenza spesso non qualificato (in prevalenza extracomunitarie) e supporti informali di parenti ed amici. In questi casi, unici sostentamenti sono le risorse finanziarie patrimoniali personali dei pazienti più fortunati, a fronte dell'enorme bisogno socio-assistenziale espresso dai nuclei più poveri.

4. SITUAZIONE INIZIALE

4.1 L'iter distrettuale per la fornitura di ausili

Come è noto, il rapporto tra utente e tecnologia può essere diretto (produttore-consumatore), nel caso l'utente scelga e paghi direttamente gli ausili, ma più spesso è mediato da un sistema di Servizio Pubblico, che nel nostro sistema sanitario-assistenziale è comunemente denominato "sistema di assistenza protesica".

L'assistenza protesica può essere definita come *l'insieme dei processi che agiscono da intermediari tra i bisogni di una persona con disabilità o menomazione, e le risorse o le tecnologie esistenti* (Andrich, 1996)

Come attualmente organizzato, nel Distretto di Verbania, il sistema di assistenza protesica, fa capo all'area assistenza integrativa protesica situato fisicamente presso gli uffici del Distretto in viale S. Anna.

L'iter burocratico per la fornitura pubblica degli ausili, si articola in due fasi principali:

1. Quella gestita dalle impiegate dell'ufficio del distretto che provvede all'accoglienza dell'utente; a fornire informazioni ed orientamento (procedura quasi sempre obbligata, per la mancanza di un

- punto di informazione); al controllo dei requisiti previsti dalla legge per gli aventi diritto; alla istruzione delle pratiche ed alla archiviazione dei fascicoli di ogni utente; al rilascio infine del modello AST 288 (predefinito in quadruplica copia) per la prescrizione degli ausili.
2. Quella che prevede la valutazione clinico-funzionale e la stesura del piano terapeutico-riabilitativo in cui l'ausilio prescritto va ad inserirsi; fase questa che prevede una interazione tra utente e medico specialista prescrittore

La valutazione clinico-funzionale dell'utente e la prescrizione dell'ausilio, vengono svolte da parte del medico specialista ortopedico o fisiatra presso gli ambulatori di Ortopedia o del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale (R.R.F.) dell'Ospedale della città. Per ciò che attiene alle visite per la prescrizione di ausili, di pertinenza dei due medici specialisti fisiatrici (nel solo anno 2002 sono state effettuate **1063 valutazioni tra prescrizioni e collaudi di ausili**), in attività presso il Servizio di R.R.F., per due pomeriggi a settimana (il martedì e giovedì) dalle ore 14,00 alle 16,00, è aperto al pubblico, un ambulatorio per tale necessità. L'ambulatorio di visita, nonostante sia annesso alla struttura del Servizio, dove si svolgono trattamenti a carattere riabilitativo in regime ambulatoriale, poca utilità riveste ai fini di valutazioni "sul campo" ed alla prova di qualche ausilio (bastoni , deambulatori). Infatti, le caratteristiche strutturali di disponibilità di spazio, sia per l'assenza di una mostra permanente di ausili, riducono molto la possibilità di una accurata prova preliminare dell'ausilio individuato. A ciò si aggiungono numerosi interventi a domicilio per valutazioni delle abitazioni e dei singoli casi clinici dove non è proponibile il trasporto dell'utente in ambulatorio. Inoltre, annesso agli uffici del Distretto, si trova il centro di coordinamento per l'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI), che attraverso un programma di cure domiciliari, disponendo di un proprio magazzino ausili, provvede alla gestione domiciliare dei pazienti post-acuzie inseriti in tale programma, ricorrendo solo in casi particolari alla richiesta di ausili su normale prescrizione dello specialista.

4.2 Identificazione di alcuni aspetti critici dell'attuale sistema

Sappiamo tutti, utenti ed operatori, che la qualità e l'efficienza delle prestazioni sanitarie, sia per l'aspetto professionale che organizzativo, dipendono direttamente dalle scelte e dalla politica del "management".

Alla luce però, di quelle direttive contenute nel D.L. 502/92 e 517/93 (revisione della materia sanitaria), i criteri di razionalizzazione della spesa, il miglioramento della qualità ed l'umanizzazione di un servizio, non possono prescindere dall'importante giudizio da parte dell'utente e degli operatori , che: la qualità di un Servizio erogato sia identificata come "**qualità sentita**", e non come "**qualità imposta**" da un sistema (Bianchi M et al., Bologna 2002).

Pertanto nell'analisi del quadro attuale, benché successivamente emergeranno punti critici, non si può non riconoscere all'Azienda in primis, ed alle iniziative individuali del responsabile di Distretto e dei suoi collaboratori, una serie di iniziative attuate, volte perlomeno al miglioramento organizzativo ed al risparmio di spesa.

A tale proposito ad es. è stata attivata la procedura informatizzata "OLIAMM" che permette alle impiegate del Servizio di protesica ed ausili di trasmettere dati, in tempo reale, all'ufficio ragioneria dell'ASL 14 per la gestione degli ordini e per la liquidazione delle fatture alle ditte esterne inerenti alle autorizzazioni rilasciate. Inoltre una banca dati locale su Personal computer (ve ne sono in dotazione 2 nell'ufficio) è possibile la registrazione dell'utente, la tenuta archivio, la cancellazione .

Ulteriore elemento di recente introduzione, attuato con delibera del Direttore Generale dell'ASL 14 n° 113 del 10/3/03, recante in oggetto, ed immediatamente esecutiva, è stata la creazione di una convenzione con la Ditta commerciale Esterna "FERRERO" di Biella per la gestione attraverso rete internet del Servizio inerente al settore ausili negli aspetti di :

- 1) Manutenzione
- 2) Ricondizionamento e Deposito
- 3) Sostituzione e riparazione

Tale convenzione si è resa necessaria nell'ottica di risparmio di spesa in una visione di "Quadrante 2 Sanitario Regionale" insieme alle ASL di Novara, Vercelli e Biella. La ditta in oggetto provvederebbe, dopo diretto ordine di ritiro o consegna degli ausili da parte degli uffici competenti dei

tre Distretti, alla gestione del settore ausili per l'inter ambito territoriale dell' ASL 14 per un periodo sperimentale di anni 3.

Su quest'ultimo punto è ancora troppo presto esprimere un giudizio riguardo a quelle che attualmente sono solo le premesse di un miglioramento del servizio e di un risparmio di spesa.

Per quanto detto, però, non sempre, si raggiunge una percezione elevata di efficienza e qualità organizzative da parte dell'utente, specie per quegli aspetti più delicati e coinvolgenti scelte personali e partecipate, specie se trattasi di un utente disabile o in condizione di bisogno. Ed è proprio su questi aspetti che è possibile identificare allo stato attuale alcuni aspetti critici che richiedono intervento. Partendo dall'analisi di un processo di acquisizione di un ausilio " Dal bisogno alla soluzione" così come suggerito da Andrich (1996) è possibile individuare alcune fasi cruciali:

- 1) Fase decisionale (decisione ed eventuale prescrizione dell'ausilio)
- 2) Fase attuativa (acquisizione, personalizzazione ed addestramento all'uso)
- 3) Fase del follow-up (la soluzione scelta funziona realmente? Vi è stato un abbandono dell'ausilio? Ha aperto ulteriori motivazioni?)

Nell'ambito della fase decisionale bisogna partire dall'analisi da chi parte l'iniziativa, il momento di valutazione clinico-funzionale, la scelta della tipologia di soluzione, la decisione sul prodotto da prescrivere.

Attualmente l'iniziativa spesso è presa dall'utente stesso o da un suo familiare per risolvere un reale bisogno; non infrequentemente si viene informati sull'esistenza di un certo ausilio e su come ottenerlo da canali indiretti quali un vicino di casa, un conoscente o addirittura semplicemente attraverso la casuale osservazione in luoghi sociali comuni delle soluzioni realizzate da altri utenti con analogia disabilità. Non da ultimo " le soluzioni" al problema suggerite dagli stessi operatori commerciali del settore. In alcuni di questi casi le scelte sono alquanto opinabili (es. suggerimento per uso di servoscale a soggetti senza il controllo del tronco)e rispondenti forse più ad una logica di mercato e di guadagno che non alle reali necessità dell'utente. In questi casi l'utente, è veramente consapevole di ciò che gli viene proposto? La scelta dell'ausilio, alla fine, è solo del medico prescrittore?

Nell'attuale situazione, mancando un punto di informazione competente ed un riferimento univoco per il disabile ed i famigliari, il ruolo di informazione nel settore degli ausili viene necessariamente svolto dal personale amministrativo del Distretto, sicuramente efficiente dal punto di vista dell'iter burocratico di fornitura, meno sulla informazione ed identificazione della possibile soluzione al problema e sul tipo di orientamento da seguire nella scelta (es. ciò che viene offerto dal mercato in materia di ausili) che presuppone formazione e competenza specifiche.

Altro aspetto critico è nella **fase attuativa** dove l'utente spesso è lasciato solo di fronte al mercato (sia esso da ditta fornitrice esterna, sia nei confronti della Ditta FERRERO in convenzione). I fornitori a volte si limitano alla consegna dell'ausilio e non sempre si trova disponibilità ad ulteriore impegno di tempo per la personalizzazione e l' addestramento all'uso dell'ausilio, ciò può accadere in mancanza di un referente autorevole che funga da valido intermediario tra utente e fornitore.

Per ultimo la **fase del follow –up** dove necessariamente si dovrebbe verificare nel tempo se la soluzione prescelta funziona realmente o se bisogna apportare delle modifiche a ciò che è in uso, meglio ancora se ne valuta l'importanza per prevenire l'abbandono dell'ausilio.

A ciò aggiungiamo ancora la grande possibilità di contributo e di supporto professionale in ambito di gestione ed informazione di fornitura pubblica di ausili, derivante da corsi di formazione nel settore per gli operatori esistenti al Distretto.

5. OBIETTIVI DEL PROGETTO

5.1 La creazione di un Centro di Consulenza Ausili per il miglioramento della qualità della risposta del Sistema pubblico di assistenza protesica

Un **Centro di Consulenza Ausili (C.C.A.)** può essere definito, come *un nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione ed informazione nel settore degli ausili, nonché di dare supporto professionale personalizzato alla persona disabile, ai suoi famigliari ed agli operatori che la hanno in carico, nel momento di affrontare le prospettive di autonomia, o di miglioramento della qualità di vita, che possono beneficiare dell'uso di ausili* (Andrich, 1996). Esso può essere parte integrante di un Servizio di Riabilitazione, oppure un servizio a sé stante.

Dopo aver presentato il panorama dell'attuale funzionamento del Servizio di assistenza integrativa protesica del Distretto di Verbania ed i vari profili degli operatori coinvolti; l'intento di questo lavoro, risultato dall'esperienza maturata durante il Corso SIVA c/o Istituto Don Gnocchi di Milano, è quello di apportare un contributo innovativo e di nuove strategie organizzative a quanto già esistente, attraverso un'intesa tra ente pubblico, utente ed attività di consulenza a regime. La definizione di standard e protocolli di intesa, il perfezionamento di quanto esistente sia a livello logistico (attraverso la creazione di un punto informazione ausili ed un'ausilioteca) sia a livello organizzativo come attività di formazione e crescita di qualità professionale del personale addetto al settore, viene proposto in base alle risorse attualmente esistenti, nel rispetto di quanto già attuato dall'Ente pubblico e nel contenimento della spesa.

Requisito fondamentale affinché il C.C.A. sia integrato alla rete del Servizio Pubblico di fornitura protesica attualmente organizzato, è che esso, sia fisicamente collocato in una sede adeguata (nel nostro caso presso gli Uffici del Distretto già esistenti), e sia condotto da operatori in possesso di conoscenze specifiche nel settore ausili e che abbiano competenza in materia di riabilitazione. Per questo punto, nodo cruciale è la programmazione per gli operatori coinvolti, di corsi di base sugli ausili, corso di addestramento per utilizzo della banca dati; corso di base sull'accessibilità; attraverso un apposito programma di scambi scientifici e di formazione permanente da parte del SIVA di Milano.

Il C.C.A. di questo progetto, inoltre, viene organizzato ed integrato con piena disponibilità e collaborazione al Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale Territoriale, dove è possibile la presa in carico dell'utente per tutti i problemi inerenti la riabilitazione e si ha la massima possibilità per affrontare la scelta degli ausili in modo coerente ed integrato nel protocollo riabilitativo.

5.2 I servizi erogabili da un Centro Consulenza Ausili

Definire gli obiettivi dell'Ausilioteca significa individuare, innanzi tutto, le prestazioni ed i servizi che essa andrà ad offrire. Essenzialmente questi possono essere riassunti nei seguenti punti:

- 1) Informazione
- 2) Consulenza
- 3) Supporto
- 4) Formazione
- 5) Ricerca
- 6) Umanizzazione del Servizio

Il servizio **informazione** dovrà consistere nel dare all'utente quegli elementi, che lo mettano in grado di assumere decisioni e di intraprendere iniziative, sulla base di dettagliate informazioni in materia di ausili esistenti, ditte produttrici e fornitrici, senza escludere suggerimenti riguardo le normative di riferimento e le eventuali agevolazioni all'acquisto. Ciò presumerà una responsabilità diretta sulla quantità di informazione e documentazione in dotazione all'ausilioteca da reperire sia su cataloghi , banche dati sugli ausili e quanto ulteriormente reperibile attraverso Internet.

La **consulenza**, reale prodotto del C.C.A., viene intesa quale relazione d'aiuto verso l'utente diretto ed indiretto, rappresenta il risultato della valutazione del bisogno, definisce obiettivi e priorità di intervento, inclusa l'indicazione di soluzioni concrete.

Il **supporto** viene inteso come coordinamento complessivo delle varie fasi di acquisizione dell'ausilio e comprende: prove e simulazioni d'uso, addestramento, eventuale personalizzazione e modifiche dell'ausilio, comprensivo di valutazioni periodiche nel tempo ed eventuale aggiornamento della soluzione adottata.

La **formazione**, maturata sul campo dall'esperienza professionale quotidiana nel proprio contesto operativo, sarà supportata dall'aggiornamento costante degli operatori, dalla crescita culturale derivante dall'interazione con il mercato e le continue innovazioni tecnologiche.

La **ricerca** sarà il risultato della sperimentazione di nuove soluzioni, ma anche, il continuo prodotto del lavoro multidisciplinare, delle diverse competenze in campo, fino ai rilievi delle attività svolte ed alla definizione di nuovi standard e protocolli riabilitativi.

Non per ultima **l'umanizzazione** del servizio, costituita peculiarmente dall'accoglienza e dal coinvolgimento attivo dell'utente diretto ed indiretto, annullando al minimo quella rigidità burocratica e l'atteggiamento spesso distaccato di colui che siede dietro uno sportello e poco o nulla si interessa della vicenda umana di chi ha di fronte.

Le tipologie descritte fanno parte comunque di un bagaglio di esperienza umana e professionale che non può essere di tutti, solo un nucleo multidisciplinare, motivato e responsabilizzato al proprio lavoro può ottenere eccellenti risultati. Non deve essere utopia, sperare che proprio queste professionalità si facciano, nel tempo, promotrici di scelte politiche più consapevoli, per il rinnovamento di sistemi ancora troppo rigidi, fino a determinare veramente pari opportunità per tutti nella vita sociale e lavorativa.

5.3 La razionalizzazione del Servizio: un obiettivo di interesse generale

Nel perseguire un obiettivo di interesse generale, non è pensabile allo stato attuale, di lasciare così com'è, il sistema di fornitura pubblica di ausili senza una sua riorganizzazione. Si pensi che attualmente non esiste un referente autorevole a tutela dell'utente-cliente e dell'Azienda stessa, nei confronti di un mercato sempre più di nicchia e tecnologicamente in continua evoluzione (si pensi ad es. agli ausili informatici ed a quelli per la mobilità più complessi, fino alle soluzioni offerte dalla domotica etc). Vi è l'interesse comune di una migliore razionalizzazione della spesa pubblica e di una migliore qualità del servizio erogato al cittadino: il diritto di avere un punto informazione e di conoscere la logica di procedura di questo settore.

La necessità di integrazione delle varie figure professionali coinvolte in questo servizio, emerge nell'ambito operativo quotidiano. Come non pensare a mettere in relazione i diversi operatori (medici prescrittori ed autorizzatori, Terapisti della Riabilitazione, educatori, operatori amministrativi) i diversi uffici: anagrafici, servizi sociali territoriali, servizi di ragioneria ed economato, per stabilire un piano d'intervento meglio strutturato ed efficace evitando spreco di risorse. Ottimizzare e potenziare le risorse disponibili significa anche mobilitare le risorse già esistenti, promuovendo trasferimenti di risorse umane ed economiche su un settore che comunque incide con rilevanti capitoli di spesa, riconducibili ad una miriade di autorizzazioni, senza la possibilità di un reale monitoraggio del bisogno sul territorio, della identificazione dei casi sommersi.

Anche riguardo al punto inerente la recente convenzione con la "Ditta FERRERO" messa a punto dall'ASL, in risposta alle direttive di quadrante sanitario regionale, è doveroso riflettere che occorrerà tempo e prova della reale efficacia di tale soluzione. Bisognerà assicurarsi delle reali garanzie offerte dalla Ditta in questione, sia in termini di consegna o ritiro dell'ausilio, di sostituzione o riparazione dello stesso, ma principalmente degli eventuali interventi necessari per la personalizzazione o per modifiche da apportare all'ausilio. Inoltre per ciò che concerne gli interessi

dell'Azienda stessa; essa soltanto, attraverso un suo sistema di controllo, potrà verificare la qualità di ciò che viene riparato, sanificato e riconvertito per il mercato (il C.C.A. potrebbe costituire un utile centro di rilevazione dati direttamente dagli utenti, per poi trasmetterli agli uffici competenti dell'ASL).

6. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

6.1 Elementi base per la organizzazione di un C.C.A.

I Centri Consulenza Ausili (C.C.A.), costituiscono un realtà non standardizzata, in evoluzione sia in Italia che all'estero. Nelle varie realtà in cui essi sono operativi, si riscontrano differenze negli obiettivi, nell'utenza, nella logistica e nelle competenze riguardo alla capacità di risposta al bisogno dell'utente.

Le prestazioni del Centro Consulenza Ausili, entrano in gioco sostanzialmente nella fase progettuale, quella in cui si definiscono insieme all'utente obiettivi, priorità e strategie e si giunge all'individuazione ed alla raccomandazione dell'ausilio (Andrich, 1996). La fase decisionale viene dopo, e spetta all'utente, al medico prescrittore ed agli enti erogatori. Genericamente la funzione e le prestazioni di un CCA vengono definite attraverso una **consulenza** (essa può essere definita come la quantità di competenza e di capacità decisionale che viene trasferita all'utente).

Ma l'utente del Centro Consulenza Ausili non sarà necessariamente solo la persona disabile, ma anche l'utente-disabile (cioè coloro che vivono a stretto contatto con lui e se ne prendono cura come ad es. genitori o altri familiari, educatori, operatori socio-assistenziali, insegnanti), questo tipo di utenza può richiedere sicuramente maggiori capacità di integrazione delle varie competenze professionali e relazionali offerte dal Centro.

Cercando di definire i livelli operativi di consulenza , elencati in base alla quantità di informazioni e competenza trasferita all'utente di volta in volta coinvolto, è possibile individuare diverse prestazioni erogabili dal centro (Andrich 1996):

- 1) **orientamento**: aiutare l'utente a chiarificare il problema posto, ed orientarlo al servizio o alla prestazione che meglio possa contribuire a risolverlo (es. accoglienza dell'utente, e colloquio diretto o telefonico orientativo)
- 2) **trasferimento dati**: permettere all'utente di acquisire dato o documentazione non strutturata (depliant, cataloghi, riviste e libri) disponibili presso il servizio (es. consentire l'accesso alla propria biblioteca)
- 3) **informazione**: fornire all'utente informazioni selezionate e documentazione mirata all'area di interesse dell'utente per il suo problema specifico (es. estrarre tabulati dalla Banca Dati ; fornire una pubblicazione sul tema ;)
- 4) **istruzione**: esporre all'utente informazioni più approfondite sulle caratteristiche tecniche e sulle modalità d'uso di un ausilio o di un servizio (es. come un ausilio si usa, i materiali con cui è realizzato, utilità e controindicazioni, problemi di installazione e manutenzione etc.)
- 5) **addestramento**: insegnamento, con dimostrazione pratica, del funzionamento dell'ausilio (es. visita alla mostra, se il C.C.A. ne è dotato, prova dell'ausilio, simulazione dell'ausilio)
- 6) **consiglio**: raccomandare, tra le varie soluzioni possibili, quella ritenuta più confacente all'esigenza dell'utente
- 7) **intermediazione**: aiutare l'utente nel realizzare la soluzione proposta e da egli decisa, ponendosi come tramite tra l'utente e altre entità (es. azienda fornitrice, altro servizio, ente erogatore pubblico)
- 8) **personalizzazione**: rendere concretamente utilizzabile l'ausilio, effettuando direttamente adattamenti o modifiche di ausili, oppure trasferendo alle ditte produttrici le esigenze riscontrate

Nell'ambito del consiglio sulla scelta dell'ausilio, degna di nota è l'attività di **counselling** , che può essere definita come "... un metodo o un processo di relazionarsi e di rispondere ad un'altra persona, offrendogli la possibilità di esplorare, scoprire e chiarificarsi prospettive di vita più attraenti

e soddisfacenti.” (Congresso IRTAC,1997). In altre parole si tratta di relazionarsi con la persona, capire nel corso del colloquio, le sue esigenze, le aspirazioni; individuare eventuali punti oscuri che richiedono l’apporto di altri operatori, ed orientarla infine a maturare le soluzioni più appropriate, senza imposizioni.

Per ciò che concerne la formazione, il Centro Consulenza Ausili, potrà fornire ai diversi soggetti (es. operatori socio-sanitari, familiari, personale di assistenza domiciliare, insegnanti, studenti) periodica attività formativa all’interno dell’ausilioteca, anche attivando produttori per presentare eventuali innovazioni tecnologiche del mercato.

6.2 I settori di interesse

La capacità di un centro informazione ausili di gestire livelli di comunicazione complessi, dipende dall’area di competenza clinica (area motoria , sensoriale , cognitiva) e tecnologica (settore tecnico). Ad esempio un determinato Centro può essere in grado di dare consiglio sui principali ausili tecnici per le disabilità motorie, ma non sulle disabilità visive.

Naturalmente il CCA, nel nostro caso sarà, come abbiamo detto, inserito in un contesto istituzionale già esistente ed in parte organizzato secondo piani programmatici ed obiettivi che sono stati il risultato di anni di attività sul territorio.

Rispetto al tipo di utenza (Andrich,1996)“...*L’utenza diretta (la persona disabile, un suo familiare o l’operatore di una struttura che lo ha in carico) può essere in generale classificata per tipologia di menomazione (cfr. denominazione OMS), in quanto è a quest’ ultima che si legano in sostanza le valutazioni cliniche ed i criteri tecnici di scelta dell’ausilio, pertanto il servizio andrà diversificato per le seguenti aree:*

- *area intellettiva*
- *area psicologica*
- *area del linguaggio*
- *area visiva /uditiva*
- *area delle funzioni vitali*
- *area muscolo-scheletrica*
- *altre menomazioni (deturpanti, della sensibilità, della tolleranza climatica etc)*

L’utenza indiretta riguarderà invece la più ampia e diversificata area dei soggetti interessati: operatori socio-sanitari, tecnici, ricercatori, studenti, enti ed associazioni pubbliche o private, datori di lavoro ed imprese, sia che si rivolgono al Centro Consulenza Ausili per consulenze di ricerca e studio, sia con finalità di semplice alfabetizzazione del settore...”

In generale un Centro Consulenza Ausili può rispondere, secondo la sua definizione ed i campi di azione che si prefigge, alla domanda sugli ausili e sulle strategie per una migliore autonomia o qualità di vita delle persone disabili. Tale domanda può essere disaggregata nei seguenti aspetti:

Tecnologia: ausili tecnici per

- 03 terapia ed addestramento*
- 06 Ortesi e protesi*
- 09 per la cura e protezione personale*
- 12 per la mobilità personale*
- 15 cura della casa*
- 18 arredamento della casa*
- 21 comunicazione, informazione e segnalazione*
- 24 manipolare oggetti e dispositivi*
- 27 adattamenti ambientale*
- 30 per sport gioco e tempo libero*
- AC accessibilità / barriere architettoniche*

Legislazione

LG legislazione generale inerente la disabilità

LA Legislazione specifica su ausili ed accessibilità

PI protocolli di intesa e proposte normative in ambito aziendale e di quadrante sanitario regionale (nel nostro caso specifico)

Informazione generali e documentazione

BI bibliografia su ausili ed accessibilità

IG informazioni generali nel settore

AF attività formativa

IW informazione e documentazione in Web

RI ricerca e studi riguardo all'utenza indiretta

CQ controllo qualità aziendale ed umanizzazione del servizio erogato nel settore ausili (in aggiunta nel nostro caso)

6.3 Un Centro Consulenza Ausili nel Verbano

Nel nostro caso, il CCA si troverà organizzato logisticamente negli attuali locali del Distretto, già adibiti all'area di assistenza integrativa protesica, pertanto non costituirà un nucleo a sé stante, ma sarà parte integrante della realtà esistente. Inoltre esso sarà collegato e "funzionale" al Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale (R.R.F.) attualmente esistente presso l' Ospedale territoriale di Verbania.

Pensando quindi che tale centro nasca all'interno della nostra ASL 14 è possibile pensare che la tecnologia di cui esso si possa occupare principalmente è quella degli ausili legati alle problematiche della mobilità, cura e protezione personale, alla facilitazione assistenziale (es. ausili di sollevamento) che soprattutto richiedono intervento (vedi tipologia di utenza). Inoltre il fatto che sia prevista una stretta relazione con il Servizio di R.R.F. territoriale, implica la volontà di continuare e migliorare una collaborazione che dura da molti anni tra gli operatori del Distretto, i funzionari amministrativi responsabili delle prestazioni protesiche e l'equipe riabilitativa attualmente esistente (due medici Fisiatristi, terapisti della riabilitazione e logopedista).

L'aspetto legislativo, e le normative inerenti alla legislazione generale potrebbero essere in prima linea svolte dalla Servizio di Medicina Legale, attualmente presente nello stesso edificio del Distretto. Per le problematiche legislative più specifiche su ausili ed accessibilità, il CCA potrebbe prendere contatti con enti pubblici o privati, farsi promotore di ricerca on-line o direttamente come scrivente anche ad uffici ministeriali. Nei casi in cui si dovessero evidenziare lacune per settori non preventivati, obiettivo del Centro dovrà essere quello di farvi fronte ed attrezzarsi in tempo utile.

Il modello a cui si ispira questo progetto (come suggerito da Andrich, 1996) potrebbe essere sintetizzato nei seguenti punti;

1. associare all'equipe riabilitativa esistente un assistente sociale (peraltro in Ospedale ve ne operano attualmente due), quale punto di unione con i servizi sociali territoriali con ruolo di referenti del tipo case-manager per meglio valutare e coordinare il programma assistenziale dei pazienti in pre-dimissione dall'ospedale, prima che essi giungano a domicilio senza i dovuti ausili tecnici necessari e trascorra del tempo prima di acquisirli. Altro punto importante è quella di creare una collaborazione stabile con tali servizi del consorzio dei Comuni o con le strutture residenziali assistenziali.
2. La formazione professionale, ulteriore, dei terapisti della riabilitazione presenti attualmente nell'equipe, potrebbe fornire competenze per la personalizzazione degli ausili, istruzione ed addestramento (nei casi selezionati che possono afferire al servizio di riabilitazione in ospedale)
3. Ottimizzare la collaborazione con i funzionari amministrativi responsabili delle prestazioni protesiche per gestire le risorse in modo ottimale ed efficace, programmare ed indirizzare l'utente nell'iter prescrittivi. Molto importante ai fini della riorganizzazione delle forniture sarà quello di creare protocolli d'intesa, tra medici prescrittori ed autorizzatori per ridurre eventuali lungaggini burocratiche (che sarebbero a solo discapito dell'utente)
4. Formare un nucleo di base di operatori amministrativi nella sede del CCA, presso il Distretto, in grado di assicurare il livello di informazione su tutti gli ausili, sui concetti di base di

accessibilità, sulla legislazione in materia, fornire consiglio nei settori che rientrano nella competenza clinica e tecnologica del centro, svolgere ruolo di intermediazione tra l'utente e le altre strutture istituzionali. Predisporre una ausilioteca sia informatica (per reperire on-line schede tecniche e materiali illustrativi di ausili) sia cartacea con libri, articoli scientifici, manuali e riviste del settore.

5. Alla luce di quanto recentemente attivato dall'ASL, attraverso programmi software per la gestione degli ordini e delle consuntivazioni delle autorizzazioni erogate, abbiamo già un ottimo punto di partenza per ciò che concerne la riorganizzazione informatica dell'archivio pazienti, dei dati statistici e del lavoro amministrativo di consuntivazione.
6. Un ultimo punto merita di essere affrontato in quanto tra le competenze del nuovo Centro ci sarà una stretta collaborazione tra l'équipe riabilitativa ospedaliera e quella amministrativa del Distretto per ciò che concerne il controllo qualità del servizio erogato sia dal Distretto stesso, sia dal servizio di gestione e manutenzione ausili protesici alla Ditta FERRERO s.r.l. di Torino appaltatrice/affidataria di fornitura, consegna e ritiro ausili, oltre al loro ricondizionamento, deposito, sanificazione, e riparazione (in materia di affidamento di beni e servizi quando trattasi di aggregazioni di più ASL di uno stesso Quadrante Sanitario Regionale come da delibera N° 113/10-3-2003 del Direttore Generale ASL 14).

6.4. Le fasi operative e la tempistica : tabella esemplificativa.

E' possibile individuati i settori di interesse ed i livelli di intervento, tracciare una breve tabella esemplificativa delle fasi operative richieste per il loro raggiungimento, prevedendo anche una tempistica rispetto alla realizzazione concreta degli stessi.

Obiettivo	Intervento	Tempistica
Progettazione complessiva del Centro Consulenza Ausili	<ul style="list-style-type: none"> • Tesi in oggetto • Contatto con il Dirigente di Distretto 	Settembre 2003
Strutturazione logistica dei locali del Centro Consulenza Ausili	<ul style="list-style-type: none"> • Studio di fattibilità logistica 	Gennaio 2004
Intervento di ristrutturazione dei locali del Distretto	<ul style="list-style-type: none"> • Studio di fattibilità tecnica • Opere murarie • Sostituzione porta di ingresso • Tinteggiatura bagno accessibile 	Novembre 2004
Primi Interventi del Centro Consulenza Ausili	<ul style="list-style-type: none"> • Attività informativa di base • Perfezionamento del sistema informatico e collegamento in rete con il Servizio RRF • Attivazione collaborazione con i servizi socio-assistenziali del territorio • Controllo della qualità del Servizio erogato dal Distretto e dalla Ditta appaltatrice Ferrero • Protocolli di intesa tra funzionari del distretto e prescrittori • Collaborazione con servizio di medicina legale per gli aspetti legislativi inerente alla disabilità 	Settembre 2003
Formazione delle risorse umane attualmente operative	<ul style="list-style-type: none"> • Corso di formazione c/o SIVA 	Marzo 2004
Messa a regime del Centro Consulenza Ausili	<ul style="list-style-type: none"> • Completamento ed integrazione dell'équipe • Controllo qualità del Servizio Protesica e rilevazione dati statistici • Monitoraggio del mercato 	Giugno 2004
Strutturazione del Centro Consulenza Ausili	<ul style="list-style-type: none"> • Strutturazione dell'équipe di base (riabilitativo/amministrativa) e successive integrazioni dei referenti degli altri partners 	Marzo 2004
Attività formative per operatori socio-assistenziali ed aggiornamento operatori équipe	<ul style="list-style-type: none"> • Incontri di formazione ed aggiornamento sugli ausili tecnici e protocolli di intesa • Tavole rotonde tra i vari responsabili dei servizi e degli operatori con aggiornamenti e discussione periodica dell'organizzazione e delle eventuali problematiche 	Ottobre 2003

7. RELAZIONE TECNICA

7.1 Quali le risorse fondamentali necessarie al C.C.A. ed in che modo verificare le capacità di risposta

La caratterizzazione di un CCA, potrebbe essere determinata dal contesto operativo in cui agisce, in base alla tipologia della domanda e del bisogno espresse dall'utenza diretta (disabile e suoi familiari, o l'operatore di una struttura che lo ha in carico) ed indiretta (es. educatori, operatori socio-assistenziali, datori di lavoro, tecnici, studenti etc.).

Pertanto potremmo trovare un CCA abituato a gestire livelli di deficit comunicativi complessi (area motoria, sensoriale, cognitiva) piuttosto che disabilità motorie o visive. Ogni centro pertanto deve identificare le proprie competenze, e renderle note con chiarezza alla propria utenza. Incrociando domanda, utenza e prodotto il Centro potrà definire il profilo della sua capacità di risposta. (Andrich 1996); è possibile in tal modo ottenere una griglia esemplificativa (posto che l'utenza rimarrà invariata) di quanto già attivo o facilmente attivabile in una prima fase (griglia A), rispetto ad una seconda griglia "ideale" (griglia B), contenente gli ipotetici obiettivi che il Centro intende garantire. Dal confronto delle due griglie si potranno individuare le situazioni in cui intervenire per soddisfare quanto programmato. Resta inteso che nella griglia "ideale" i tempi di realizzazione non sono immediati, ma saranno rarefatti nel tempo; alcuni degli obiettivi proposti prevedono, per essere ottenuti, una riorganizzazione dei Servizi del sistema pubblico assistenziale, che richiederà tempo, con mobilitazione di risorse umane ed economiche, nei settori che già sono operativi nell' ASL 14. La risposta del Centro nei confronti dell'utenza con problemi dell'area sensoriale e cognitiva, non viene considerata tra gli obiettivi programmatici, in quanto tale settore viene già ampiamente soddisfatto e gestito da Strutture convenzionate tipo AIAS (associazione Italiana Assistenza Spasticità) presenti sul territorio.

Griglia A

Prodotto/Domanda	03	06	09	12	15	18	21	24	27	30	AC	LG	LA	PI	BI	IG	IW	CQ
Orientamento	x	x	x	x	x	x	x	X	x		x	x	x			x		
Trasferimento dati	x		x	x	x							x				x		
Informazione	x		x	x	x							x				x		
Istruzione	x		x	x	x							x				x		
Addestramento	x		x	x	x			X	x	x	x	x				x		
Counselling												x				x		
Intermediazione	x	x	x	x	x	x	x	X	x	x	x	x	x			x		
Personalizzazione	x		x	x		x		X	x		x	x	x			x		
Formazione											x							
Rilevazione dati	x	x	x	x	x	x	x	X	x		x	x	x			x	x	
Programmi équipe																		
Questionario qualità																		

Griglia B

Prodotto/Domanda	03	06	09	12	15	18	21	24	27	30	A	L	L	PI	BI	I	I	C
							1	4			C	G	A			G	W	Q
Orientamento	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Trasferimento dati	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Informazione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Istruzione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Addestramento	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Counselling	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x

Intermediazione	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Personalizzazione	x		x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Formazione	x	x	x	x	x	x		x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Rilevazione dati	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x	x
Programmi équipe															x				x
Questionario qualità															x			x	x

Dalla comparazione delle precedenti griglie si possono individuare le prestazioni su cui il Centro intende fornire una risposta all'utenza: l'attuale carenza rilevata nei settori di **orientamento ed intermediazione** verrebbe sostenuta dal Centro attraverso Corsi di formazione agli attuali operatori esistenti aumentandone le competenze professionali; nodo cruciale per garantire una capacità di risposta nei settori: **trasferimento dati, informazione, istruzione e formazione**, verrà affrontata dal Centro attraverso la creazione di una Ausilioteca sia con documentazione non strutturata, sia con una Banca Dati e siti Internet; inoltre sarà tra i primari obiettivi di intervento, **la stesura di protocolli d'intesa** tra i diversi enti pubblici coinvolti nell'attività del Centro (es, servizi sociali territoriali, servizi del Distretto, Comuni) e di collaborazione/organizzazione con altri referenti responsabili di settori che operano sul territorio (es.servizi socio-assistenziali, Assistenza Domiciliare Integrata, AIAS, medicina di base, commissione invalidi civili ed accertamento dell'Handicap etc); quest'ultimo obiettivo è quello che più necessita di intervento e di cui il Centro intende occuparsi già dal breve termine, visto l'enorme impatto socio-economico-assistenziale e le conseguenti risorse impegnate in ausili per la mobilità, la cura personale e la facilitazione assistenziale (vedi bacino di utenza) che le patologie in età geriatrica generano nel territorio del Distretto.

Infine, con l'**introduzione di un questionario**, da compilarsi a cura dell'utente, il Centro intende iniziare un discorso di controllo qualità del Servizio erogato al cittadino/utente, che in aggiunta ai documenti programmatici risultanti dalle riunioni periodiche dell'équipe, da tenersi nel Centro, suggeriranno le diverse strategie organizzative da perseguire, compreso il controllo/ monitoraggio del mercato degli ausili. Il rilevamento dei dati statistici, e delle varie consulenze erogate, caratterizzerà oltremodo il Centro Consulenza Ausili, quale valido strumento di riferimento per l'analisi ed il rilevamento dell'andamento epidemiologico e del reale bisogno espresso dal territorio; in sintesi : fornirà dati attendibili sulle risorse economiche da preventivare anno per anno nel settore ausili ed una valutazione dell'efficacia del Centro stesso.

Una volta definita (griglia B) la capacità di risposta che il centro intende garantire, è possibile individuare le risorse necessarie a tale scopo. Quelle in parte già esistenti ed operative vanno implementate, ma bisogna creare risorse fondamentali ex novo, che potranno così riassumersi:

- **le competenze** (conoscenze ed abilità professionali della équipe)
- **un sistema informativo** (fonte permanente aggiornata delle informazioni utili per rispondere al bisogno)
- **gli strumenti** (comprendono gli aspetti logistici e le attrezzature) un metodo di lavoro (tecnica con cui il problema dell'utente viene gestito e portato a soluzione)
- **capacità di relazione con l'utente** (attenzioni da sviluppare nei confronti dell'utente per creare un rapporto di fiducia, da cui trarre il massimo aiuto per orientarsi nella soluzione dei propri problemi)
- **un metodo di monitoraggio** (consiste nella documentazione delle consulenze eseguite, per non disperdere l'esperienza acquisita, utilizzarle ai fini del miglioramento del servizio e nella valutazione dell'efficacia)

7.2 Le competenze.

“...Nella scelta dell'équipe del Centro, occorre innanzitutto prendere atto che non esiste una figura già formata a tale ruolo: occorre reperire persone che presentino un buon equilibrio tra preparazione professionale, doti relazionali, disponibilità a rimettere in gioco la propria formazione per svilupparla ulteriormente, apertura mentale e motivazione...” (Andrich, 1996) “...Guardando ai vari Centri esistenti in Europa troviamo: terapisti della riabilitazione, medici specialisti, psicologi, assistenti sociali, pedagogisti e persone (spesso disabili) prive di una preparazione accademica specifica in materia, ma formatasi “sul campo” nelle tematiche della disabilità. Negli ultimi anni,

infine, l'evoluzione tecnologica e la conseguente disponibilità sul mercato di ausili più sofisticati ha incrementato la presenza di figure tecniche: il "rehabilitation engineer" a tecnici di formazione ortopedica, elettronica o informatica.."

"...In sostanza, l'operatore del Centro è comunque una persona che di fronte ad ogni utente si confronta con un problema nuovo e che deve agire come un mobilitatore di risorse", piuttosto che come un "prescrittore di soluzioni". Vi dovranno essere in ogni caso, competenze:

- **Tecnologiche:** conoscere gli ausili e le loro tecnologie
- **Cliniche :** condurre l'analisi dei problemi e delle risorse dell'utente; su di esse formulare obiettivi
- **Relazionali:** mettere l'utente nelle condizioni ottimali di esprimersi, esplorare i propri bisogni, elaborare strategie, accogliere le indicazioni
- **Sociali :** sapersi "calare" nel territorio; comprendere le interazioni presenti nel contesto dell'utente; suggerire soluzioni "compatibili"
- **Organizzative :** gestire le risorse in modo ottimale ed efficace; programmare ed indirizzare le attività.

Un'équipe che voglia tenere un alto livello di consulenza su tutti gli ambiti, dovrà necessariamente essere interdisciplinare.(Andrich, 1996). Anche in questo caso può essere utile compilare una tabella esemplificativa , delle figure professionali componenti l' équipe, partendo dalla situazione iniziale e prospettando una situazione ideale, da cui ricavare le competenze idonee a realizzare ciò che il nostro Centro si propone:

Figure Professionali	Situazione iniziale	Situazione ideale
Terapista della riabilitazione	1	1
Logopedista	1	1
Fisiatra	2	2
Assistente sociale	2	2
Peer counselor	0	1
Neurologo	0	0
Psicologo	0	1
Neuropsichiatria infantile	0	0
Educatore	0	0
Insegnante	0	0
Pedagogista	0	0
Tecnico elettronico	0	0
Tecnico informatico	1	1
Architetto	0	1
Segretario	2	2
Programmatore	1	1
Programmatore web	0	0
Giurista	0	1
Coordinatore	1	1
Medico autorizzatore del Distretto	2	2

7.3 La sede e gli strumenti

Addentrando, nella fattibilità specifica del progetto, passiamo a considerare la sede del Centro, che come abbiamo detto si inserirà nello stabile che ospita gli attuali locali del Distretto, in viale S.Anna. Lo stabile, in posizione soleggiata, è circondato da molto spazio verde con un ampio parcheggio; i locali prescelti, già attualmente destinati al settore protesica, sono situati al piano terra , insieme ad altri numerosi uffici adibiti ad altre aree di attività distrettuale. Vi si accede attraverso una dolce rampa di circa un metro di lunghezza per il superamento di un piccolo dislivello dal piano stradale. L'accesso all'atrio centrale dello stabile avviene attraverso una porta di ingresso a 2 battenti non scorrevoli che la rendono poco accessibile. Per superare questa situazione viene prevista la

installazione di una porta elettronica con cellula fotoelettrica ad ante scorrevoli. Un ampio corridoio ed una grande sala di attesa conducono ai locali prescelti. Dall'ampio corridoio si articola una scala interna ed un ascensore accessibile che collegano il piano terra al 1° piano dove sono allocati gli uffici esclusivamente amministrativi del Distretto. Al piano terra sono presenti alcuni servizi igienici di cui uno già accessibile.

Il fatto di partire da una situazione logistica e strutturale favorevole (visto che si tratta di una costruzione non di vecchia data), con una impiantistica (elettrica e di linee telefoniche) ed un sistema di climatizzazione soddisfacenti ed a norma di legge, aiuta, ma non soddisfa a pieno i criteri stabiliti in questo progetto per ospitare i locali del CCA. Infatti è prevista, una ristrutturazione, anche se parziale, dei locali che dovranno ospitare il centro; non si tratterà di interventi strutturali di rilievo, quanto di attuare una serie di accorgimenti, finalizzati a rendere l'ambiente di lavoro e di consulenza adatto a soddisfare l'utenza, specie quella diretta. Infatti, poiché il colloquio deve essere principalmente, nelle prime fasi, di conoscenza ed interazione tra disabile ed operatore, vi è necessità di avere ambienti di colloquio silenziosi e riservati (in cui il disabile può avere quella privacy necessaria ed essere a proprio agio mentre affronta problematiche spesso difficili da esporre) e dove possa tranquillamente consultare la documentazione offerta dall'ausilioteca. Si dovrà inoltre, porre attenzione alla qualità estetica del centro, con un arredo confortevole, con postazioni di lavoro e di interazione con il disabile accessibili (piani di lavoro ampi e senza ostacoli per l'accostamento di carrozzine, opportuna distanza tra i mobili d'arredamento per favorire la mobilità all'interno del Centro), ed il posizionamento dei monitor del computer e la loro condizione di illuminazione per una buona visuale. A tale scopo si renderanno necessari interventi di tinteggiatura delle pareti con colori tenui e rilassanti, installazione di pannelli di vetro o materiale plastico semitrasparenti per garantire oltre un isolamento acustico, anche una privacy durante i colloqui di consulenza.

Caratteristica di questi locali, però, oltre ad accogliere l'utente per il colloquio di consulenza, come specificato in articolazione del progetto, sarà quella di ospitare anche la normale attività svolta dalle attuali impiegate per il lavoro di primo orientamento, di consuntivazione e rilevamento dati ai fini aziendali (numero di autorizzazioni rilasciate, liquidazione fatture, collegamento attraverso rete internet con il magazzino della ditta "FERRERO" affidataria della gestione ausili dell'ASL). Questa attività amministrativa sarà normalmente svolta in uno dei locali del Centro (quello più ampio che già attualmente è utilizzato per tale fine) che con 4 postazioni di lavoro, sarà utilizzato sia a scopo amministrativo (2 postazioni di lavoro con telefono e computer collegati in rete con il Centro Elaborazione Dati dell'ASL 14); che per l'accoglienza dell'utenza indiretta (altre 2 postazioni più avanzate, nello stesso locale, ugualmente provviste di telefono, computer /monitor, accesso internet, ma non in rete con il servizio CED -Centro Elaborazione Dati- dell'ASL. Una terza postazione di lavoro in una saletta riservata ed accessibile, sarà destinata al colloquio/consulenza dell'utenza diretta.

Inoltre vi sarà un ulteriore spazio riservato a sala riunioni dell'equipe, per la stesura di protocolli d'intesa con altri servizi, piani programmatici e lo studio delle strategie organizzative in base ai dati rilevati, nonché ad attività di formazione, completa di audiovisivi e attrezzature tecniche.

Il progetto prevede quindi:

1. l'installazione di 4 postazioni di lavoro, di cui 2 per l'attività amministrativa dell'area protesica del Distretto come avviene attualmente, 2 postazioni avanzate accessibili (per l'utenza indiretta) comprensive di computer, linea telefonica, accesso internet)
2. L'installazione di postazione di lavoro accessibile, in ambiente riservato per l'utenza diretta
3. il ricavo all'interno dei locali di una saletta per le riunioni programmatiche dell'equipe ed ad uso consulenza e formazione, completa di attrezzature tecniche ed apparecchiature audiovisive
4. L'installazione di postazione di lavoro per la responsabile amministrativa dell'ufficio, per accoglienza dei referenti responsabili di altri settori dell'attività distrettuale, di operatori commerciali o Ditte espositrici.
5. ampie scaffalature accessibili per l'esposizione permanente di libri e manuali di riferimento, raccolta di depliant, cataloghi e di documentazione di ausili organizzata in modo da reperire la documentazione tecnica e commerciale dell'ausilio individuato.

Bisognerà avere quali strumenti di lavoro, oltre alla documentazione reperibile in siti specifici del settore via internet, o banca dati, anche la perfetta organizzazione ed archiviazione del materiale

cartaceo (riviste, libri, depliant etc.) in raccoglitori ordinati per casa produttrice, in ordine alfabetico o per categoria di ausilio, in quanto “..difficilmente più gestibile, infatti, appare la catalogazione per categoria merceologica o per classificazione ISO (che in teoria potrebbe sembrare la più logica): i cataloghi commerciali, infatti, normalmente raggruppano categorie diverse di ausili...” (Andrich 1996).

Attualmente questo progetto non prevede la costituzione di una mostra permanente degli ausili, ma in base agli sviluppi futuri del Centro Consulenza Ausili, si potrebbe ipotizzare, in una fase successiva l' utilizzo dei locali situati nel seminterrato dello stabile ed attualmente adibiti a deposito, per la costituzione di una **mostra di ausili**, con la collaborazione di ditte espositrici, tale da costituire un punto di riferimento per gli utenti dell'intera ASL 14.

Non sono state esaminate nel corso dello studio di fattibilità di tale lavoro, alcuni aspetti pratici inerenti alla consegna, ritiro, manutenzione, sanificazione, riparazione e sostituzione degli ausili ceduti in comodato dall'ASL, in quanto è stato recentemente reso operativo l'affidamento a ditta esterna “Ferrero” S.p.A. di Torino, per un periodo di prova di 3 anni, l'intera gestione del settore ausili, comprensiva di : consegna, ritiro, deposito , riparazione/ricondizionamento, nonché addestramento all'uso degli ausili.

Pertanto attualmente pur non esistendo i presupposti per una verifica ed un riscontro di quanto stabilito, saranno prevedibili da parte dell'ASL una serie di controlli nei confronti di tale ditta, per verificare se verranno rispettati i termini di garanzia concordati ed una verifica di qualità di quanto affidato. (Quest'ultimo compito potrebbe essere svolto, su delega dell'ASL, dallo stesso Centro Consulenza Ausili in ambito del controllo qualità del Servizio erogato al cittadino)

7.4 Il metodo di lavoro.

Come appreso dall'esperienza del S.I.V.A., “...è una logica di équipe, non quella di un “gruppo di specialisti”, che deve governare il servizio di consulenza. In altre parole, è il servizio nel suo complesso che deve rispondere alla domanda dell'utenza, utilizzando e valorizzando al massimo le risorse di competenza e di abilità distribuite in maniera variegata tra i vari componenti dell'équipe..”. Un modello ispirato decisamente alla specializzazione, nel quale la consulenza venisse rigidamente assegnata all'uno o all'altro operatore a seconda dell'argomento nel quale questi è specializzato, presenterebbe il vantaggio di offrire all'utente un alto livello di competenza per ogni problema. Ma nella gran parte dei casi il problema dell'utente è multidimensionale e richiede un approccio globale centrato sulla persona, più che sul singolo problema; si incorrerebbe dunque nello svantaggio di dover trasferire l'utente tra più operatori, ciascuno in grado di dare soluzioni parziali....”

“...Ogni operatore è inevitabilmente portatore della sua specifica formazione professionale, della propria esperienza di lavoro pregressa, di particolari attitudini, competenze, esperienze, modalità relazionali ed organizzative tali da creare differenze a volte notevoli nell'approccio all'utente, nella conduzione della consulenza, nella scelta delle soluzioni e nella modalità di comunicarle. Se da un lato la varietà dell'approccio può rappresentare un lato positivo,, laddove siano valorizzate in favore dell'utente le doti personali del singolo operatore, dall'altro può generarsi la situazione dell'utente fortunato o sfortunato a seconda dell'operatore che trova, tipico sintomo di disfunzione di un servizio. Si ritiene pertanto che vada perseguito un modello intermedio, nel quale:

- a) ciascuno degli operatori sia preparato a fornire informazione in tutti i settori, e sia altresì in grado di offrire adeguato consiglio sui temi più comuni rispetto alle richieste dell'utenza. Si garantisce in tal modo la possibilità di un approccio globale al problema dell'utente.
- b) Le competenze specialistiche possedute in determinati settori dall'uno o dall'altro consulente vengano utilizzate in maniera ottimale, mirata ad offrire una risposta più completa possibile anche alle problematiche più complesse.

Si tratta in altre parole di: garantire uno standard minimo di qualità del servizio, al quale tutti gli operatori vadano formati e debbano attenersi; definire modalità di “ presa in carico di secondo livello” per problematiche nelle quali, a seguito di un primo esame condotto nell'ambito del primo colloquio, emerga l'esigenza di ricorrere ad una valutazione specialistica (Andrich,1996)

Naturalmente come abbiamo visto in altre esperienze di Centri Consulenza Ausili, sono molteplici le figure che possono assumere competenza in determinati settori: esperienza lavorativa, curriculum scolastico, attitudini personali, coinvolgimento in altri progetti, formazione qualificata presso il SIVA

Tali competenze non si possono improvvisare, conviene piuttosto iniziare valorizzando e consolidando quelle che già esistono e che hanno dimostrato attitudini, motivazioni e competenza in quel tipo di lavoro; nel frattempo si potrà pensare ad un piano a medio e lungo termine di introduzione graduale di nuovi operatori specializzati, o di riqualificazione degli operatori in servizio. Meglio se si scegliesse di mobilitare le risorse umane già presenti nei vari settori dell'ASL (si pensi al servizio di medicina legale o ad impiegati dell'ufficio legale dell'ASL per le leggi; ai programmatori informatici esistenti, che già installano programmi operativi in tutti i settori dell'ASL, alle numerose figure territoriali dei servizi socio-assistenziali del Distretto e dei Consorzi , etc)

Nell'esperienza del S.I.V.A. si ritiene, a proposito del modello di lavoro, un metodo distribuito in alcune fasi in successione:

- **progettazione della consulenza:** presa in carico dell'utente; decisione sull'appuntamento o sulla modalità di risposta, decisione su chi condurrà la consulenza;
- **attuazione della consulenza:** affidata alla responsabilità di chi la conduce. Nel caso di consulenze svolte assieme da più operatori si deve concordare preventivamente, e rendere chiaro all'utente, chi tra essi assuma la gestione del colloquio. Differenze di opinioni e conflittualità degli operatori di fronte al problema posto dall'utente sono tutt'altro che rare anche nelle equipe più affiatate: non vanno assolutamente riversate su quest'ultimo.
- **Verifica:** discussione della consulenza, una volta che questa è stata conclusa, con il responsabile del servizio, o con tutta l'equipe. Il confronto a posteriori è un ottimo strumento per mettere a fuoco i successi e gli sbagli, gli aspetti positivi ed i punti deboli del lavoro svolto con l'utente: è occasione di crescita per l'operatore e per l'intero servizio (Andrich 1996).

8. RISULTATI

8.1 Il C.C.A. un insostituibile strumento di aiuto nei nuovi percorsi di autonomia

Abbiamo visto l'importanza di un CCA, quale punto di riferimento ed univoco strumento di aiuto insostituibile, nel supportare a più livelli le varie fasi dell'acquisizione di un ausilio. A fronte di tante leggi, disposizioni, facilitazioni e sostegno ai disabili ed ai loro familiari, nulla può essere paragonabile a quel "nucleo di competenza" ed essere così vicino all'utente nella presa in carico di un bisogno, a quel contributo da esso esercitato, al fine di permettere il raggiungimento di una migliore autonomia ed integrazione dell'utente disabile.

Soltanto un approccio multidisciplinare può consentire l'analisi di tutti gli aspetti inerenti alle problematiche esistenziali e di autonomia da parte di un disabile o delle aspettative di un suo familiare. Non basta infatti, fornire gratuitamente un ausilio, per garantirsi una elevata qualità della prestazione erogata da parte dell'Ente pubblico assistenziale; quel "quid" in più viene apportato proprio dalla consulenza, attraverso l'umanizzazione del servizio erogato, la partecipazione attiva dell'utente disabile o del familiare. Un C.C.A. ha proprio il ruolo di mobilitare le risorse disponibili e far emergere quanto altrimenti rimarrebbe sommerso e non utilizzato, attraverso l'analisi ambientale e delle azioni dell'utente esercitate nel vivere quotidiano (Andrich, 1996).

Non è pensabile che una singola legge, o uno specifico ufficio, possano risolvere quelle problematiche funzionali, psicologiche di accettabilità estetica connesse alla introduzione nella propria esistenza di un ausilio. Esso, se non è scelto ed acquisito con consapevolezza e giusta motivazione, correrebbe il rischio di rappresentare solo un prodotto tecnico da cui prima o poi, il disabile si distaccherà ed abbandonerà.

La creazione di un CCA offrirebbe inoltre la possibilità all'Ente pubblico di:

- costituire un punto informazione e di riferimento, con un conseguente miglioramento dell'accettazione degli utenti e dell'immagine del Servizio Pubblico
- offrire un servizio migliore, integrando l'ausilioteca con il Servizio RRF, sia in termini di efficienza (compatibilità degli orari e dell'integrazione degli operatori esistenti) che di miglioramento organizzativo
- la possibilità di registrare le singole consulenze, consentendo di rilevare dati epidemiologici e statistici, di conoscere l'evoluzione della domanda e della tipologia di utenza, permettendo così una più corretta stesura programmatica delle risorse da mobilitare anno per anno, controllare la spesa ed evitare gli sprechi
- umanizzare il servizio, con il miglioramento dell'accoglienza e soddisfazione dell'utente, rilevabili attraverso scheda questionario di qualità percepita, direttamente dall'utente
- svolgere ruolo di nucleo di ricerca e di riferimento del settore per l'intera ASL, favorendo la soddisfazione e la crescita professionale degli operatori, a cui darà inoltre la possibilità con continui aggiornamenti nel campo ausili, di monitorare il mercato e di contrapporsi ad eventuali speculazioni da parte delle ditte fornitrici.
- Stabilire in termini di contratto, condizioni più vantaggiose con il mercato, oltre ad assicurare maggiori garanzie di qualità del prodotto fornito, di assistenza tecnica e di manutenzione. Tutto ciò, alla fine si tradurrà ad un risparmio di risorse economiche, con la possibilità di canalizzarle in altri capitoli di spesa (si pensi ad es. a quanto detto in precedenza, riguardo all'erogazione di fondi aggiuntivi Regionali, a parziale copertura delle autorizzazioni extratariffario e forniture di pezzi extramassimale inerenti a presidi per uro/colon stomizzati, medullosi, grandi ustionati e pazienti con neoplasie).

8.1 Il controllo di qualità

Sulla base del modello offerto dal SIVA di Milano, la costituzione di una banca dati attraverso un sistema informatizzato con programmi software dedicati, offre in qualunque C.C.A. che segua tale modello, la possibilità di: analizzare le consulenze, elaborare dati statistici e rilievi epidemiologici nonché conoscere l'evoluzione della domanda di analizzare criticamente la qualità dei singoli ausili, di verificarne l'andamento nel tempo attraverso una scheda di follow-up; tutte cose che sarebbero difficili da ottenere in altri sistemi.

Più elementi concreti si hanno a disposizione per un controllo di qualità, più sarà efficace l'analisi dei dati e il conseguente cambiamento della programmazione/organizzazione di un servizio pubblico.

A tale proposito (Andrich 1996) scrive: *"... Il concetto di controllo di qualità (quality assurance), già consolidato nel mondo dell'industria,(.....), sta emergendo con forza anche nel settore sanitario. Tale interesse trae certamente origine dalla necessità di razionalizzare l'uso delle risorse, e quindi misurare ove queste siano spese in modo efficiente e utile. Non è però questo l'unico motivo oggi dominante: indipendentemente dagli aspetti socio-economici, l'esigenza di qualità è insita sia nelle aspettative dell'utente(nei confronti del "prodotto" del servizio) che in quelle degli operatori(sempre più attenti a voler dare contenuti e significato al proprio lavoro). Sapere cosa si sta facendo, perché, come, e con quale risultato, sono interrogativi di fondo a cui occorre dare risposta, se si vuole mantenere motivazione, entusiasmo, tensione al costante aggiornamento..."*

Un serio controllo di qualità non può affidarsi esclusivamente alla sola percezione individuale: la prospettiva dell'operatore può divergere, in modo cosciente oppure inavvertitamente, da quella dell'utente, o persino dalla prospettiva globale del servizio in cui egli opera. Occorre invece un costante confronto con almeno quattro elementi:

- 1) *dati obiettivi accumulati nel corso dell'attività del servizio*
- 2) *i pareri soggettivi degli utenti*
- 3) *i colleghi dell'equipe*
- 4) *i responsabili del servizio.*

Un metodo di controllo di qualità deve porsi appunto l'obiettivo di rispondere, sia a livello tecnico (metodologia di consulenza) che strategico (programmazione/organizzazione del servizio) a domande del tipo:

- *qual è il nostro compito? / quale livello di attività ci proponiamo?*
- *Attualità: cosa facciamo ora? / quale livello di qualità esercitiamo?*
- *Divario: esistono discrepanze tra attualità ed obiettivi?*
- *Ottimizzazione: cosa dobbiamo fare per correggere tali divari?*
- *programmazione: in che modo possiamo arrivarci? Ed in quanto tempo?... (Andrich 1996)*

Compito del servizio in definitiva, non sarà quello di imporre la tecnologia all'utente, ma di offrirgli la possibilità, grazie alle nuove conoscenze fornitegli, di maturare un'ulteriore evoluzione nelle proprie scelte. Costituirà nel contempo, un elemento organizzativo / innovativo, che integrato nella rete dei servizi attualmente esistenti, fornirà certamente elementi di stimolo ad operatori e responsabili, confortati dal riscontro positivo espresso dell'utente, il raggiungimento di qualità ed efficienza, sempre superiori.

9. SCENARI

9.1 Background

La coesistenza di diverse realtà territoriali di edilizia privata diventa un fattore determinante sulla programmazione della tipologia delle diverse soluzioni di intervento. Si pensi ad es. all'edilizia popolare degli anni '50, dove i fabbricati residenziali venivano realizzati a più piani e senza ascensore; alle abitazioni dei piccoli Comuni montani, situate in centri storici accessibili solo attraverso viuzze strette e gradini che diventano vere e proprie barriere architettoniche insuperabili; alle abitazioni con locali angusti e collocati a più livelli con piccole scale interne ripide e strette, bagni e servizi poco o nulla accessibili e non facilmente fruibili dagli stessi utenti della casa.

A causa delle situazioni abitative appena esposte ed ad una utenza geriatrica, tra i primi posti degli ausili erogati, troviamo quelli inerenti la mobilità e la facilitazione assistenziale (come ad es. montascale, sollevatori mobili polifunzionali, letti ortopedici, carrozzine ad uso comode, ausili per lo svolgimento del bagno e dell'igiene intima, carrozzine pieghevoli per i trasferimenti all'esterno dell'abitazione) cioè prodotti da quelle tecnologie specializzate per il superamento delle barriere all'accessibilità o per compensare certe limitazioni funzionali, ai fini di rendere possibili determinate attività della vita quotidiana.

9.2 Il caso di Alessandrina

Alessandrina è una donna di 86 anni, nata e vissuta fino a giovane età nella città di Verbania, trasferitasi per motivi di studio e poi di lavoro a Milano, dopo il pensionamento è tornata nella casa paterna situata nel centro storico della Città in cui era nata.

La Sig.ra Alessandrina ha 2 figli, un maschio, che vive a Milano ed una figlia, la maggiore, di circa 67 anni, non sposata, che si è trasferita insieme a lei per accudirla.

Dal punto di vista clinico-funzionale, Alessandrina pur avendo presentato negli ultimi anni, una progressiva riduzione della mobilità per un quadro di poliartriosi con particolare interessamento delle anche e delle ginocchia, ha però mantenuto una deambulazione autonoma con l'utilizzo di un bastone. Il livello cognitivo è buono, come pure la vista e l'udito sono soddisfacenti, non ha limitazioni motorie agli arti superiori e non vi sono altri elementi patologici di rilievo dal punto di vista clinico.

La casa dove abita, situata come detto nel centro storico della città, è caratterizzata da 2 livelli abitativi (una zona giorno al piano terreno con cucina, salone ed un bel camino; ed un primo piano con le camere da letto ed il bagno), i due ambienti sono collegati da una scala interna a rampa unica con 15 alzate da circa 17 cm cadauna ed un pianerottolo di servizio per accedere al corridoio al 1° piano. La

casa inoltre è circondata da un giardino, situato allo stesso livello di un ampio porticato adiacente al piano terra dell'abitazione.

L'esistenza della scala interna all'abitazione è diventata per la Sig.ra Alessandrina una vera barriera insormontabile, in quanto nonostante ella sia in grado di camminare autonomamente con l'uso di un bastone, la patologia artrosica, non le permette di fare i gradini della scala. Ella, pertanto, dorme e mangia in camera da letto, e raramente, nonostante le belle giornate di sole, può scendere in giardino per fare una passeggiata. Ogni volta desidera scendere al piano terra, la figlia deve chiedere aiuto a due persone per poterla portare di peso su e giù per le scale, con conseguenti disagi e difficoltà.

I familiari della sig.ra Alessandrina si sono pertanto attivati per cercare di trovare una soluzione al problema. Per sentito dire, hanno conosciuto e poi contattato, alcune ditte specializzate nella installazione di ascensori, montascale, pedane elevatrici in molti edifici privati e di pubblica utilità. Essi si erano informati se, era possibile pensare ad una soluzione tecnica di questo tipo, per superare la scala nell'abitazione della madre. Le Ditte che erano state contattate, dopo un sopralluogo a domicilio, avevano prospettato ognuna diverse tipologie di soluzione, naturalmente a costi diversi, a partire da una pedana elevatrice, un montascale a binario fisso rettilineo ed un ascensore da collocare adiacente al fabbricato. Essi hanno inoltre saputo che vi è la possibilità di ottenere un montascale mobile a cingoli fornito gratuitamente dal Servizio di Assistenza protesica ed ausili del Distretto.

9.3 Ipotesi di intervento

I figli della Signora Alessandrina si rivolgono al nostro Centro, per avere informazioni e consigli riguardo a quale strategia adottare. Dopo aver esposto il problema, e discusso a lungo insieme per cercare di stabilire un primo orientamento per la soluzione del caso, specie in considerazione delle preferenze e le esigenze, espresse da Alessandrina, si decide per un secondo appuntamento per eseguire un sopralluogo all'abitazione e conoscere Alessandrina.

Nel frattempo prendiamo contatto con l'Ufficio Tecnico Comunale per avere informazioni riguardo alla disponibilità di fondi in riferimento alla legge 9/1/89 n. 13 "realizzazione di opere dirette al superamento delle barriere architettoniche edifici privati" per la realizzazione delle quali sono previsti specifici finanziamenti (art. 9 e 11) da parte dello Stato.

Viene inoltre preso in considerazione che il contributo previsto dalla legge n° 13 del 9/1/89 non è disponibile nell'immediato, ma bisognerà attendere qualche anno per il finanziamento in base a quanto stabilito dalla Regione Piemonte.

Dopo il sopralluogo a domicilio, e le relative risultanze, in considerazione della compatibilità del prodotto tecnico con l'ambiente fisico, e dopo un ulteriore confronto con Alessandrina ed i suoi figli vengono ipotizzate 2 tipologie di soluzione :

- A) Utilizzo di un montascale mobile a cingoli fornito in comodato d'uso gratuitamente dall'ASL
- B) Installazione di un montascale a binario fisso rettilineo adiacente alla scala a parziale onere dell'utente (circa il 30-40%)

Nell'ambito dell'analisi delle 2 ipotesi di intervento proposte riassumiamo nella seguente tabella i parametri presi in considerazione nella valutazione tecnica della soluzione A e B

Valutazione tecnica delle 2 soluzioni

Parametri analizzati	Soluzione A	Soluzione B
1)Accessibilità economica	100% A carico ASL	40% a carico dell'utente
2)Compatibilità tecnica	Si	Si
3)Riparabilità autonoma	No	No
4)Affidabilità	No	Si
5)curabilità	Buona	Ottima
6)Facilità di montaggio	No	No
7)Facilità di manutenzione	Si	Si
8)Efficacia	Si	Si
9)Flessibilità	No	No

10)Facilità di apprendimento	Si	Si
11)Manovrabilità	Non semplice	Semplice
12)Accettabilità personale	Difficile da accettare	Molto accettabile
13)Comfort	Scarso	Ottimo
14)Sicurezza	Sufficiente	Ottima
15)Trasportabilità	Si	No
16)Assicurabilità	Si	Si
17)Servizio di riparazione	Garantito	Garantito

In aggiunta ai parametri dell'analisi tecnica è stato anche considerato il costo del livello assistenziale richiesto nelle 2 soluzioni. Questo punto è molto determinante in quanto, mentre per la soluzione A, vi è necessità di un livello assistenziale di una persona con buona prestanza fisica (nel nostro caso la figlia di Alessandrina non sempre riuscirà a garantirlo per la sua età e struttura fisica); nel caso di B non è richiesto nessun livello assistenziale (l'utente da sola può manovrare i comandi disposti sul bracciolo della poltroncina mobile). Il solo costo del personale assistenziale necessario per gli spostamenti quotidiani del montascale mobile (circa 10 euro al giorno) sarebbe superiore in due anni al costo di acquisto ed installazione della soluzione B (circa 5.400 euro come da preventivo della Ditta)

Poiché la famiglia del nostro caso, è disposta ad anticipare la spesa dell'installazione della soluzione B (in attesa dell'arrivo dei fondi), ed il fatto che, a lungo termine, la stessa soluzione B si rivela più vantaggiosa sia in termini economici, sia in termini di efficacia che di minore impatto dei costi di assistenza e del livello assistenziale richiesto, nonché della durata tecnica e clinica (prevista in dieci anni) e dalla ottima accettabilità dell'utente e dei suoi familiari : **viene scelta la soluzione B.**

In data 19/3/02 a seguito degli accertamenti disposti dal paragrafo 4.5 della circolare esplicativa della legge 13/89 Ministero dei LL. PP. N° 1669/UL del 22/6/89 l'ufficio tecnico comunale ha espresso parere favorevole all'istituzione della pratica a richiesta dei famigliari di Alessandrina.

Successivamente la Ditta Installatrice STANNAH ha installato un montascale ad 1 binario fisso rettilineo con la seguente scheda tecnica: "Alimentazione tensione 220 V, tensione di carica batterie 28.8 V, Tempo di inizio marcia 2 sec,assorbimento a pieno carico in salita 18.8 Amp / Discesa 3.2Amp, velocità in salita 0,1 mt/sec, velocità in discesa 0,1 mt/sec. Costo totale + iva 4% = 5.400 Euro.

9.4 Conclusioni

Il caso esposto, ha avuto un epilogo positivo, ed ha raggiunto 2 importanti obiettivi: 1) la soluzione adottata ha consentito di raggiungere una maggiore autonomia negli spostamenti in ambito domestico della paziente, 2) è stata una soluzione accettata e condivisa da tutto il nucleo famigliare, durabile e sicura nel tempo.

L'intero processo è stato però il risultato dell'applicazione di un corretto protocollo metodologico risultato dall'interazione tra il bisogno espresso dall'utente e la competenza di informazione ed aiuto svolta dai consulenti. Esso si è svolto in 5 fasi principali (Andrich, 1996):

1. **presa in carico del problema;**
2. **momento progettuale** (fase in cui si è analizzata la natura del problema, le attività e le autonomie dell'utente, si sono date priorità e si sono valorizzate le funzioni residue, si è guidato l'utente alla selezione delle soluzioni più idonee)
3. **momento decisionale** : scelta dell'ausilio da adottare sulla base di analisi tecnica ed economica
4. **momento attuativo:** ruolo di supporto all'utente nella fase commerciale e dei termini di contratto; installazione tecnica della soluzione scelta e prova dell'ausilio; mediazione con la ditta prescelta per ottenere anche la garanzia di assistenza tecnica e riparazione a domicilio
5. **momento della verifica:** prova sul campo della soluzione scelta dopo opportuno addestramento della paziente e dei suoi familiari, oltre alla valutazione a distanza della soluzione adottata con un monitoraggio periodico anche per garantire il rispetto degli impegni presi dalla ditta installatrice.

10. PIANO ECONOMICO

In questa fase viene presentata un'analisi dei possibili costi relativi a quanto progettato. Si fa subito presente che trattandosi di un progetto che prevede la ristrutturazione e l'arredo di locali già esistenti presso la sede del Distretto e già quasi interamente attualmente utilizzati (vedi piantina della situazione attuale nel progetto tecnico) non vengono calcolati eventuali contributi speciali aggiuntivi per la creazione di nuove opere murarie.

I costi relativi a tale progetto possono sicuramente essere in parte inseriti (anche in fasi successive) nel capitolo di spesa annuale inerente alla normale manutenzione dei locali in uso (periodica verniciatura di porte e pareti dei locali, sostituzione di scrivanie ed armadi per archivi se deteriorati, materiale cartaceo e modulistica già esistente). Spesa straordinaria sarà rappresentata dal costo di installazione della porta elettronica a cellula fotoelettrica di ingresso (che andrebbe a costituire un capitolo di spesa a parte e di facile finanziamento per l'Azienda, obbligata per legge alla sua sostituzione, poiché l'attuale porta non è accessibile e pertanto non è a normativa ai sensi della Legge 236 del 14/6/89).

I costi relativi in riferimento a quanto progettato, possono distinguersi in due macrovoci:

- 1) costi relativi alle risorse umane da mobilitare
- 2) costi relativi alla ristrutturazione ed arredo dei locali

I primi sono, in una prima fase relativamente contenuti: non richiedono l'assunzione di nuovo personale in quanto gli impiegati assegnati all'attuale servizio di fornitura di ausili e protesi sono già esistenti (2 impiegate ed una coordinatrice amministrativa). Vanno previsti sicuramente degli investimenti per la formazione specifica (Corso SIVA, corsi di aggiornamento periodico, corsi di informatica per l'utilizzo di un programma operativo per la gestione dei dati inerenti ai pazienti afferenti al servizio ed alle loro schede archivio informatizzate). Su quest'ultimo punto ricordiamo che l'Azienda possiede già personale dipendente, qualificato in informatica, che provvede alla installazione e gestione di programmi collegati in rete al CED (Centro Elaborazione Dati) per connettere tra loro le varie unità operative, ed a cui sono dati in dotazione numerosi Personal Computer per tale finalità (ricordiamo che il servizio di assistenza protesica ne ha in dotazione 3). Nel nostro caso i costi saranno contenuti anche su questo aspetto, anche se occorrerà comunque acquistare altri 3 personal computer con relative stampanti e monitor per ognuna delle postazioni di lavoro per accogliere l'utenza diretta ed indiretta.

L'articolazione operativa del progetto è prevista in varie fasi successive:

- 1) Ristrutturazione ed adeguamento dei locali attualmente esistenti nel Distretto e già utilizzati dal Servizio A.S.T. (Assistenza Sanitaria Territoriale). Piccoli interventi strutturali per installazione di pannelli semitrasparenti per realizzare gli ambienti riservati per i colloqui di consulenza. Installazione porta accessibile.
- 2) Messa a regime (di minima in questa prima fase) del Centro Consulenza Ausili con potenziamento ad opera di tecnici informatici dell'Azienda per collegamento in rete con gli altri servizi del Distretto e dell'intera ASL. Allestimento per i materiali per l'Ausilioteca sia informatizzata che con materiale bibliografico e depliant, resi disponibili tramite contatti con Ditte espositrici del settore e costituzione della banca dati sugli ausili (acquisto del CD-ROM SIVA in cui sono catalogati ed aggiornati gli ausili tecnici).
- 3) Acquisto di arredamento e suppellettili da integrare alla mobilia esistente nel Centro
- 4) Iniziare attività di formazione verso utenza indiretta, rilevazione dati ed attivare questionario per il controllo qualità aziendale, nonché effettuare rilievi per verificare la qualità del servizio offerto al cittadino/utente dalla Ditta "Ferrero S.p.A." affidataria del settore ausili.

- 5) Allestimento sala riunioni per l'equipe per stabilire protocolli d'intesa, relazioni con i responsabili degli altri settori e per definire gli spazi per le periodiche riunioni programmatiche nella stessa sede del Centro.

VOCI DI SPESA	COSTO STIMATO
1. Spese di formazione per corsi tipo SIVA	Euro 4.000
2. Spese per formazione informatica interna ASL	Euro 500
3. Spese per acquisto di p.c. e stampante	Euro 2.000
4. Installazione porta accessibile	Euro 4.000
5. Tinteggiatura delle pareti	Euro 1.000
6. acquisto mobilia per postazioni e sala riunioni	Euro 8.000
7. installazione pannelli di vetro semitrasparenti	Euro 500
8. acquisto CD-ROM SIVA	Euro 1.000
TOTALE	Euro 21.000

Di queste voci di spesa alcune potranno rientrare come spese di normale manutenzione dei locali del Distretto (tinteggiatura, acquisto mobilia ed arredo di ufficio); i costi per la formazione vanno previsti nel capitolo di spesa relativo al budget per la formazione del personale dell'azienda. I restanti costi potranno essere ammortizzati in un piano di finanziamento dilazionato in qualche anno e comunque in parte riconducibile ai normali interventi di piccole ristrutturazioni. In questo caso non si possono prendere in considerazione i notevoli vantaggi economici che deriveranno dalla razionalizzazione della spesa nel settore ausili, al risparmio che l'azienda potrà avere riguardo il controllo qualità della ditta appaltatrice Ferrero utilizzando i dati rilevati dal Centro e non incaricando società esterne per tali verifiche. In ultimo si aggiungano le potenziali quote economiche di provenienza del Consorzio dei Comuni che ben presto potrà beneficiare della collaborazione offerta dal Centro.

a. CONCLUSIONI

In questo lavoro si è voluto tentare di offrire una ipotesi realistica per una riorganizzazione di quanto esistente nel sistema pubblico di fornitura ausili, sperando nel contempo di suscitare scelte politiche ed amministrative più consapevoli, finalizzate a migliorare sempre di più la qualità di quanto offerto al cittadino. L'esperienza maturata al SIVA di Milano e con la stesura di questo lavoro, ha costituito sicuramente un momento di impegno e crescita professionale, ma nel contempo mi ha offerto la possibilità di confrontarmi ed analizzare alcuni aspetti critici delle attuali modalità organizzative, sicuramente migliorabili con il tempo. La progressiva convinzione a pensare ed agire con una mentalità più critica e responsabile, mi ha stimolato ad acquisire maggiore consapevolezza e sensibilità verso i problemi altrui. Accompagnare l'utente nelle varie fasi di un percorso di acquisizione di un ausilio, con competenza e professionalità, facilita scelte consapevoli. In ultima analisi, la prescrizione di un ausilio, deve connotarsi quale momento di confronto e di crescita, ponendosi in una posizione di ascolto e di aiuto, a chi trovandosi nella condizione di bisogno, ripone in noi, speranze ed aspettative che non vanno tradite. La corretta informazione dell'utente è un dovere di tutti gli operatori del settore, per favorire una scelta consapevole in un percorso di autonomia, evitando sprechi e prevenendo l'abbandono di un ausilio che semmai si è ottenuto troppo facilmente.

Bibliografia

- Andrich R: *Consigliare gli ausili*. Milano: Fondazione don Carlo Gnocchi, 1996
- Murray C J L , Lopez AD: *The Global Burden of Disease: a comprehensive assessment of mortality and disability from diseases, injuries and risk factors in 1990 and projected to 2020*. Cambridge: Harvard University Press, 1996)

- IRTAC: *Proceedings of the International Round Table for the Advancement of Counselling*. Vienna: AUVA, 1987
- Consorzio EUSTAT: *Tecnologie per l'Autonomia : linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea 1999.
- Andronico S, Bitelli C, Gamberoni F: *Gli ausili tecnologici: una meta possibile*. Bologna 1999.
- Bianchi M, Garufi F, Tannini G: *Valutazione di Qualità dei Servizi Socio-Sanitari*. Bologna: Project Work 2002.

Ringraziamenti

Si ringrazia la Dott.ssa D. Baldassarri e la Sig.ra A. Del Grande dell'area integrativa protesica territoriale ed il Dott. Licata della Medicina Legale del Distretto di Verbania, per la collaborazione ed i dati gentilmente offerti.