



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

Metodologia per la fornitura e l'inserimento dell'ausilio nelle strutture convenzionate per anziani all'interno del progetto riabilitativo dell'ASL 113 di Rimini

PERCORSO AUSILI

CANDIDATO: Fulvia Savoretti

***Abstract.** Questo lavoro propone delle soluzioni per migliorare e riorganizzare le procedure operative per la fornitura e l'inserimento dell'ausilio nelle strutture convenzionate per anziani della Provincia di Rimini, all'interno del progetto riabilitativo di competenza del già esistente Servizio Protesi e Ausili dell' ASL di riferimento. Questo progetto scaturisce da una reale necessità, sollecitata anche dalle strutture in oggetto, di riorganizzare le modalità di risposta, fino ad oggi utilizzate, ai bisogni di una utenza anziana istituzionalizzata; tale ridefinizione deve tenere presenti le risorse umane e strutturali/strumentali disponibili nel nucleo di competenza operativo su tale territorio. L'obiettivo è quello di ottimizzare, attraverso l'individuazione dei punti critici nel percorso ausili attuale, il Sistema di Assistenza protesica adottando determinati standards quali l'accessibilità, la coordinazione, la competenza, la flessibilità, l'efficienza e l'influenza da parte dell'utente per migliorare il servizio offerto all'utenza ed elevare gli obiettivi di autonomia del singolo per la promozione di una cultura di superamento dell'handicap.*

Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

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

1. INTRODUZIONE

La partecipazione a questo corso mi ha fornito varie nozioni di tipo metodologico sull'approccio alla fornitura di un ausilio, col risultato di mettere in luce difetti e carenze del percorso ausili adottato dal Servizio territoriale di Assistenza Protesica in cui lavoro da quasi due anni.

In particolar modo era espressamente interesse del Responsabile di questo Servizio riorganizzare quella parte del lavoro che riguardava l'inserimento dell'ausilio nelle strutture convenzionate per anziani del Distretto di Rimini.

Questo interesse verso la popolazione anziana è sentito nel territorio riminese e anche dall'Azienda pubblica, così come un po' ovunque, in quanto il processo di invecchiamento della popolazione sembra essere divenuto uno dei principali problemi da affrontare in tutti i paesi occidentali, e particolarmente in Europa. L'Italia è al primo posto con la Svezia per senilizzazione e indici di vecchiaia più alti, e l'Emilia-Romagna è tra le regioni italiane con più anziani.

Questo nuovo fenomeno non solo sta comportando una necessaria ridefinizione delle politiche assistenziali e previdenziali, ma va a rispecchiarsi, più in generale, nelle questioni sociali ed economiche della società odierna. L'invecchiamento della popolazione, infatti, non solo sta portando la classe degli anziani ad incidere sempre maggiormente sulla popolazione "attiva", ma pone sulla scena un nuovo gruppo di soggetti con speranze di vita ancora molto lunghe, con percorsi molto differenziati e con, al loro interno, esigenze e bisogni sempre più diversificati ai quali la società deve rispondere.

L'età anagrafica non può più essere l'unica variabile da considerare nello studio del fenomeno, così come non ci si può limitare semplicemente ad una riorganizzazione dei sistemi sanitari, assistenziali e previdenziali, ma accompagnare tali strumenti da iniziative concernenti i processi di integrazione sociale e di qualità della vita in generale.

Saper rispondere ai bisogni e alle nuove esigenze degli anziani disabili istituzionalizzati e migliorare la loro qualità di vita significa anche scegliere in maniera più mirata e consapevole un ausilio, la cui adozione "è un anello molto importante della catena di interventi che compongono il processo di riabilitazione e integrazione sociale" (Andrich, 1996: pg.17).

Nella consapevolezza di un iter troppo burocratizzato e poco supportato da una adeguata metodologia di inserimento dell'ausilio nelle strutture per anziani, nasce il desiderio da parte della sottoscritta di riorganizzare e migliorare il sistema di fornitura degli ausili.

Il progetto tenta di realizzare questo scopo attraverso una maggiore conoscenza degli ausili stessi da parte degli operatori ed una codificazione della procedura di intervento fino ad ora assente.

Si sono utilizzati come spunti operativi il modello europeo HEART (1993-94), nato nell'ambito di una ricerca europea sui sistemi di assistenza protesica, e le Linee Guida del progetto EUSTAT (1997-99), frutto di una ricerca della Commissione Europea il cui obiettivo è stato quello di individuare metodi e strumenti per formare le persone disabili all'autonomia attraverso gli ausili.

Dagli approfondimenti fatti, trovo che sia sottolineato il fatto che il processo di adozione di un ausilio, all'interno del progetto riabilitativo di un paziente disabile, deve essere il momento conclusivo di un percorso interdisciplinare ed integrato, che tenga conto di una molteplicità di fattori clinici, terapeutici, tecnici, sociali, familiari, psicologici e motivazionali.

Lo stato di salute di una persona come definito dal nuovo documento dell'OMS (ICF-International Classification of Disability, Functioning and Health-2001) è infatti la risultante di una interazione complessa tra la struttura o funzione (quella fisiologica, anatomica e psicologica), l'attività (il range completo di attività svolte da un individuo), la partecipazione (attività di vita quotidiana, lavoro, educazione, vita sociale e civile...) e i fattori contestuali (ambientali e personali) (Eustat, 1999).

In quest'ottica la scelta dell'ausilio e quindi il compito del riabilitatore non è tanto di ricostruire una "normalità" o recuperare un danno funzionale, ma ottenere uno specifico obiettivo di autonomia, un ritorno ad un benessere esistenziale, che tenga conto delle tre dimensioni indicate dall'OMS: l'attività, l'ambiente, l'utente (Andrich, 1996).

La persona disabile è quindi il protagonista del suo progetto di autonomia e solo attraverso l'informazione e la conoscenza può responsabilmente percorrere le quattro fasi del processo che portano alla scelta dell'ausilio: identificazione di un bisogno, formulazione di un obiettivo, definizione di un progetto e maturazione di una decisione (Eustat, 1999).

Quando si intende per persona disabile l'anziano istituzionalizzato, spesso in situazione di compromissione grave delle funzioni cognitive, l'acquisizione di conoscenza e la formazione in materia di tecnologie di ausilio deve essere un fattore di "empowerment" del care giver o dell'operatore che ne è referente in struttura.

Per tale motivo questo progetto prevede corsi di formazione estesi a più figure professionali facenti parte di équipes di lavoro differenti. In merito a questo, si ritiene di fondamentale importanza la promozione di una cultura sul disabile e sugli ausili e l'impegno nella formazione straordinaria di quegli operatori di struttura che da una recente indagine ("Essere anziani nel territorio riminese" Prof. Michele La Rosa: convegno Rimini, 07/12/02) sono risultati carenti nella padronanza di competenze professionali e relazionali.

L'analisi critica delle fasi operative di assistenza protesica attuata all'interno delle strutture per anziani dal Servizio Protesi e Ausili riminese fa riferimento a quelle identificate dal modello HEART (Heart 1994, citato in Eustat 1999):

1. l'iniziativa, ossia il primo contatto tra l'utente e il sistema;
2. l'assessment, ossia la valutazione dei bisogni dell'utente;
3. l'individuazione della tipologia di soluzione;
4. la selezione degli specifici ausili e dei servizi ad essi collegati;
5. l'autorizzazione da parte dell'ente erogatore;
6. la fornitura dell'ausilio (consegna, installazione, personalizzazione, addestramento all'uso);
7. il successivo follow-up.

Nell'elaborazione di questo progetto ho incontrato la maggior difficoltà nel raccogliere e mettere insieme le esigenze, gli spazi e i tempi propri di ogni struttura per standardizzare e uniformare una procedura comune di percorso ausili in un rapporto di stretta collaborazione con l'Ente pubblico.

Inoltre occupandomi del "mondo" specifico degli anziani ho riscontrato talvolta atteggiamenti di sfiducia verso la tecnologia applicata a questo settore.

C'è poi una mentalità fatalistica un po' radicata per cui l'investimento sull'anziano non sia economicamente vantaggioso. Resta il fatto che, mentre c'è chi (pochi per fortuna) afferma "ma ne vale la pena?", un ausilio non idoneo o non adeguatamente inserito in struttura farà spendere altri soldi nella ricerca di qualcosa d'altro, nel maggior carico assistenziale, nel ricorrere prima a cure mediche, nell'attivazione di una serie di altri interventi che non sarebbero stati altrimenti necessari.

A fronte di questo, c'è comunque una buona parte di operatori che manifestano atteggiamenti positivi verso la collaborazione, l'innovazione, la conoscenza e il miglioramento.

2. CONTESTO

Il contesto su cui si progetta di intervenire è quello delle strutture convenzionate per anziani della Provincia di Rimini.

La provincia di Rimini è composta da 20 Comuni per una superficie complessiva di 533,7 Km², con una popolazione residente registrata al 1° Gennaio 2001 di 274.669 abitanti, dei quali 133.698 maschi e 140.971 femmine.

Negli ultimi cinquant'anni si può osservare una crescita demografica progressiva determinata decisamente, in particolare nell'ultimo decennio, dai nuovi flussi migratori in quanto i tassi di natalità sono risultati dimezzati rispetto a quelli degli inizi degli anni Sessanta del secolo scorso.

In parallelo con la denatalità si osserva un progressivo invecchiamento della popolazione residente:

- aumenta il peso percentuale della popolazione anziana (età ≥ 65 anni), particolarmente nel sesso femminile, che dal 7,8% del 1950 è passata al 19,1% del 2000, mentre al contrario la fascia giovanile (età compresa tra 0 e 14 anni) è scesa dal 24,2% al 12,7%;
- aumenta l'indice di vecchiaia (popolazione da 65 anni e oltre/popolazione 0-14 anni x 100), che pur risultando il più basso della regione Emilia-Romagna, si rileva in costante aumento (dal 1990 ad oggi si è passati da un indice di 114,1 x 100 ad uno di 150,8);
- le previsioni demografiche indicano che l'invecchiamento della provincia proseguirà anche nei prossimi anni, tenuto conto anche che la speranza di vita degli anziani riminesi è risultata essere nel 1998 superiore a quella media dei pari età a livello nazionale (vedi tabella 1).

Anno	0-14 anni (%)	15-39 anni (%)	40-64 anni (%)	≥ 65 anni (%)
2000 (dato reale)	12,7	35,1	33,1	19,1
2005 (previsione)	12,2	32,9	34,3	20,6
2010 (previsione)	11,7	30,3	36,5	21,5

Tabella 1: previsioni demografiche della popolazione residente, per classi di età, agli anni 2005 e 2010 (Zanzani, Ferrari, 2002).

Quando si parla di popolazione anziana, tradizionalmente ci si riferisce per definizione a coloro che hanno 65 anni e oltre, ma va ricordata l'estrema eterogeneità dei soggetti compresi in questa fascia di età.

Nel corso di un decennio gli anziani riminesi (età ≥ 65 anni) sono aumentati di oltre 10.000 unità, arrivando al numero di 52.578, pari al 19,1% della popolazione residente, con una netta predominanza a favore del sesso femminile (vedi tabella 2). La classe di età 75 anni e oltre costituisce a livello provinciale l'8,7% dei residenti, quella dei "grandi vecchi" (80 anni e oltre) il 4,5%; infine sono in aumento tra i "grandi anziani" anche gli ultracentenari (arrivati a 30 unità). Va osservato come la popolazione di età ≥ 75 anni rappresenti nell'ambito dell'intera popolazione anziana provinciale di riferimento il 69% dei residenti.

ANNO 2000

comune	anziani residenti	% sulla popolazione residente totale del comune	indice di vecchiaia
Bellaria-Igea Marina	2571	17.5	135.6
Cattolica	3458	22.0	190.5
Coriano	1344	15.9	111.0
Gemmano	232	21.9	168.4
Misano Adriatico	1659	16.8	130.9
Mondaino	364	25.2	214.2
Montecolombo	345	17.7	121.1
Montefiore Conca	361	20.3	137.0
Montegridolfo	181	19.7	160.5
Montescudo	386	18.5	135.5
Morciano di Romagna	1119	19.0	141.1

Poggio Berni	403	13.9	90.7
Riccione	6562	19.2	151.8
Rimini	26351	20.0	162.6
Saludecio	552	23.4	207.0
San Clemente	538	17.3	117.9
San Giovanni in Marignano	1351	17.4	132.2
Santarcangelo di Romagna	3350	17.6	133.5
Torriana	202	17.5	131.6
Verucchio	1249	14.6	96.0
Provincia di Rimini	52578	19.1	150.8

Tabella 2: popolazione residente anziana (età ≥ 65 anni) per comune di residenza (numeri assoluti, percentuali e indice di vecchiaia) (Zanzani, Ferrari, 2002).

Il fenomeno dell'istituzionalizzazione degli anziani nella provincia di Rimini sembra essere molto contenuto, non solo per la disponibilità delle strutture, ma anche per le scelte che vedono privilegiare forme di assistenza e cura (da parte dei familiari) presso il proprio domicilio, anche se con l'aiuto di persone esterne alla famiglia (spesso con ricorso a lavoratrici extracomunitarie).

A tal proposito si è recentemente conclusa un'indagine dal titolo "Essere anziani nel territorio riminese" presentata a Rimini durante un convegno il 07/12/02 e non ancora pubblicata. Commissionata dalla Fondazione Cassa di Risparmio di Rimini al Prof. Michele La Rosa, Ordinario di Sociologia del Lavoro presso la facoltà di Scienze Politiche dell'Università di Bologna, in collaborazione con la Provincia (Assessorato ai Servizi Sociali e Ufficio Statistica) e l'Azienda USL (Ospedali, Servizi Sociali e Assistenza Domiciliare) questa ricerca ha delineato un quadro preciso dell'offerta dei servizi per anziani (vedi tabelle 3, 4, 5, 6) attraverso 28 interviste semistrutturate in 21 strutture del riminese.

	2000	2002	2003
Casa di Riposo	19	17	17
Casa Protetta	14	15	16
Residenza Sanitaria assistenziale	2	4	7
Centro Diurno	1	4	8
Totale	36	40	48

Tabella 3: n° presidi per anziani per tipologia nel riminese, presenti (2002) e previsti (2003).

	2000	2002	2003
Casa di Riposo	627	619	619
Casa Protetta	507	547	610
RSA	103	150	257
Centro Diurno	20	74	96*
Totale	1257	1390	1582
		+ 10,6 %	+ 13,8 %

Tabella 4: n° posti letto nei presidi per anziani nel riminese, presenti (2002) e preventivati (2003).

*dato non preciso in quanto l'Istituto Valloni non ha saputo fornire numeri certi.

	2000	2002	2003
Casa di Riposo	49,9	44,5	39,1
Casa Protetta	40,3	39,4	38,6
RSA	8,2	10,8	16,2
Centro Diurno	1,6	5,3	6,1
	100	100	100

Tabella 5: ripartizione percentuale degli anziani nelle strutture negli anni 2000, 2002, e quelli previsti nel 2003

	2002		2003	
	Distretto Rimini	Distretto Riccione	Distretto Rimini	Distretto Riccione
Casa di Riposo	8	9	8	9
Casa Protetta	11	4	12	4
RSA	3	1	4	3
Centro Diurno	4	-	7	1
Totale	26	14	31	17

Tabella 6: ripartizione n° presidi dei due Distretti nell'anno 2002 e quelli previsti per il 2003.

Da questo progetto vengono prese in considerazione solo le strutture dedicate all'anziano che sono convenzionate con l'ASL di Rimini e sono disponibili, a diversi livelli di intensità assistenziale (casa di riposo, casa protetta, residenza sanitaria assistenziale, centri diurni), nell'area territoriale di competenza del Distretto di Rimini.

DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA	COMUNE
Beato Amato Ronconi	Casa di Riposo	Saludecio
Casa Albergo Montebello(cessata)	Casa Alb./Casa Prot.	Mondaino
Casa Amica	Casa Alb./Casa Prot.	Rimini
Casa dei Nonni (Valloni)	Centro Diurno	Santarcangelo
Cuore Eucaristico	Casa di Riposo	Santarcangelo
Ente Ricovero Vecchi	Casa di Rip./Casa Prot.	Verucchio
Fantini (in ristruttur.)	Casa Protetta	Montescudo
Felice Pullè ex Casa Serena (in ristruttur.)	Casa Protetta	Riccione
Fraternità Anziani 2	Centro Diurno	Rimini
Giuseppina Galli	Casa di Riposo	Cattolica
Hotel Quick	Casa Albergo	Riccione
Istituto Maccolini	Casa di Rip./Casa Protetta	Rimini
La Favorita	Casa Albergo	Misano
La Marina	Casa di Rip./Casa Prot.	Bellaria
La Quiete	Casa di Riposo	Cattolica
Montefiore	Casa di Riposo	Montefiore C.
Nuova Primavera	Casa Protetta	Riccione
Oasi Serena	Casa Albergo	Rimini
Opera Pia Favini	Casa di Riposo	Coriano
Residenza Sanitaria Assistenziale via Ovidio	RSA	Rimini
RSA Valloni	RSA	Rimini
RSA Villa Salus	RSA	Rimini
S. Antonio	Casa di Riposo	Montescudo
S. Francesco	Casa di Rip./Casa Prot.	Rimini
S. Giovanni in M.	Casa Protetta	S. Giovanni in M.
S. Onofrio	Casa di Rip./Casa Prot.	Rimini
Sacro Cuore	Casa di Riposo	Morciano di R.
San Fortunato	Casa Protetta	Rimini
San Fortunato	Centro Diurno	Rimini
Self	Casa di Rip./Casa Prot.	Rimini
Suor Angela Molari	Casa Protetta	Santarcangelo
Valloni	Casa Protetta	Rimini
Valloni	Centro Diurno	Rimini
Villa Salus	Casa Protetta	Rimini

Tabella 7: strutture per anziani nella Provincia di Rimini suddivise per tipologia e Comune

L'attività di tali strutture viene monitorata dal Servizio di Assistenza Anziani (SAA) istituito secondo la legge regionale n.5 del 03/02/94 ("Tutela e valorizzazione delle persone anziane – interventi a favore di anziani non autosufficienti"), che indica come situazione attuale nella provincia quella riportata nella tabella 7.

Nella delibera N.1378 del 26/07/99 (“Direttiva per l’integrazione di prestazioni sociali e sanitarie ed a rilievo sanitario a favore di anziani non autosufficienti assistiti nei servizi integrati socio-sanitari di cui all’art. 20 della L.R. n:5/94”) alla voce “finalità” tra le prestazioni sanitarie che le Aziende Sanitarie Locali devono assicurare agli anziani non autosufficienti assistiti nelle strutture c’è quella dell’”Assistenza Riabilitativa” che prevede tra le sue attività di competenza quella di “consulenza per quanto concerne ausili, attrezzature, strumenti e suggerimenti utili alla collettività degli ospiti”. La modalità di erogazione di tale assistenza nell’ASL di Rimini è di competenza dell’Unità Operativa di Assistenza Riabilitativa e Protesica del Dipartimento di Cure Primarie, all’interno della quale si colloca il Servizio Protesi e Ausili attivo con propria struttura autonoma sul territorio riminese dal 1995.

Questo servizio, suddiviso in due moduli organizzativi (assistenza riabilitativa protesica; strutture residenziali/semi-residenziali), è costituito nella sua sede di Rimini da uno Sportello Informa Handicap, dove lavorano tre giovani disabili, e da un nucleo di operatori professionalmente competenti che hanno diverse funzioni.

Di questi dell’area sanitaria fanno parte tre medici fisiatristi, di cui uno è il direttore dell’Unità Operativa, una caposala, con funzione di coordinatrice, una infermiera professionale, tre fisioterapiste e due educatori professionali, dell’area sociale sono presenti cinque assistenti sociali ed una coordinatrice; dell’area amministrativa sono quattro le persone di riferimento.

Tra le figure professionali di questo nucleo di competenza manca quella dello psicologo addetto specificamente al Servizio. D’altra parte nell’ambito della pianta organica di tutto il Distretto di Rimini è prevista questa figura con disponibilità per le singole unità operative di avvalersi in maniera trasversale della sua collaborazione a ore.

Nel Centro Informazioni Ausili sono presenti: Banca Dati del servizio (www.auslrn.net e INFORMAHANDICAP), Banca Dati SIVA, accesso al world wide web internet, archivio cartaceo (depliant / cataloghi), PC da tavolo, attrezzature (fotocopiatrice, fax, tel., email,...); fra il materiale indicato mancano in dotazione al Servizio PC portatili.

La Banca Dati del servizio dà informazioni per affrontare i problemi creati da una disabilità alle persone che vivono, si trovano, e operano nel territorio della provincia riminese in particolare su questi argomenti: raccolta aggiornata di leggi e decreti, accessibilità per utenza ampliata, barriere architettoniche, trasporto pubblico/dedicato/privato, ausili tecnologici e informatici, assistenza riabilitativa, assistenza domiciliare, assistenza sociale, assistenza educativa, prestazioni U.O. Riabilitativa Protesica, inserimento scolastico e lavorativo e accesso ai servizi dell’Azienda USL.

Inoltre l’ASL ha un sito internet attraverso il quale tutte le informazioni raccolte da questo sportello (informahandicap) si possono trovare in rete.

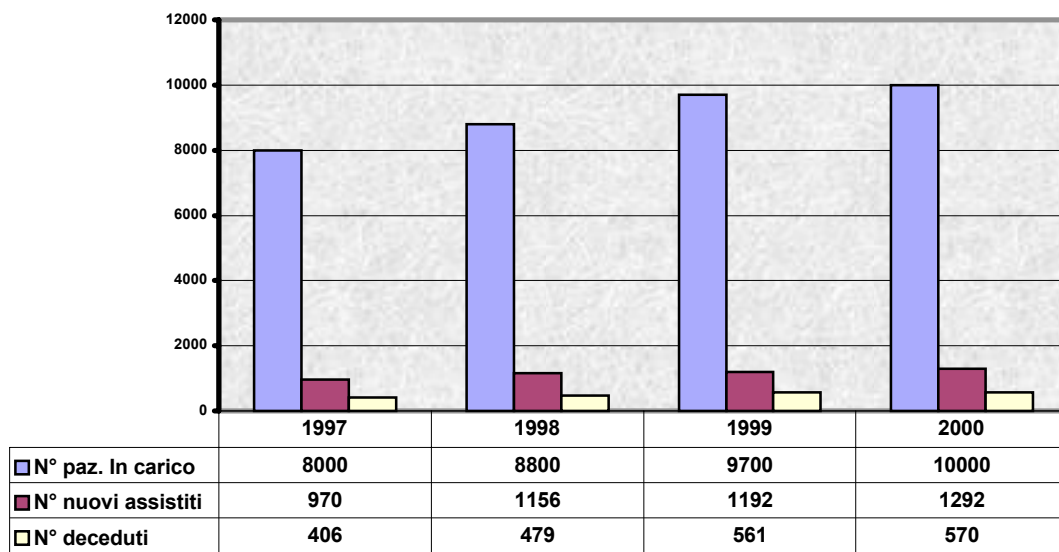
Dislocato a tre chilometri da questa sede, il Servizio ha anche in dotazione un magazzino degli ausili gestito in appalto da una Cooperativa Sociale. Questo magazzino, all’interno di uno stabile di 280 mq in affitto all’ASL, serve per il riciclaggio degli ausili di proprietà dell’Azienda che ritirati, perché non più utilizzati, vengono ripristinati alla loro funzionalità tramite ricondizionamento a norma di legge.

Nell’Unità Operativa purtroppo non è ancora presente uno spazio di terapia occupazionale e laboratorio ausili.

Il suddetto servizio fornisce interventi riabilitativi insieme ad interventi di valenza sociale in stretto contatto con il medico di base che viene coinvolto nel percorso dell’utente. In genere la segnalazione per la presa in carico viene fatta dal MMB o dai servizi sociali, segue una visita da parte degli operatori del Servizio protesi ausili o presso il domicilio o presso la struttura di ricovero.

Questa Unità Operativa contava nel 2000 N.10.000 pazienti in carico con n.1292 nuovi assistiti e n.570 deceduti nello stesso anno (vedi grafico 1: tratto da Aguirre C, 2001).

Disabili che necessitano di protesi o ausili



3. BACINO DI UTENZA

Gli utenti a cui si rivolge questo progetto sono anziani istituzionalizzati per lo più non autosufficienti, cioè che non possono più provvedere alla cura della propria persona e mantenere una normale vita di relazione senza l'aiuto determinante di altri, privi di un supporto familiare adeguato, che tuttavia non necessitano di ricovero ospedaliero.

Hanno in maggioranza invalidità totale e sono residenti nella Provincia di Rimini; per quelli non residenti nel territorio della ASL di Rimini viene chiesta autorizzazione ad un'eventuale fornitura di ausilio all'ASL di appartenenza a cui competono le spese di acquisto.

Le strutture per anziani in oggetto sono: Centro Diurno Assistenziale, Casa di Riposo/Casa Albergo/Albergo per anziani, Casa Protetta, Residenza Sanitaria Assistenziale.

Il *Centro Diurno* è una struttura semiresidenziale socio-sanitaria a carattere diurno destinata ad anziani con diverso grado di non autosufficienza.

La *Casa di Riposo/Casa Albergo/Albergo per anziani* è una struttura socio-assistenziale a carattere residenziale destinata ad anziani non autosufficienti di grado lieve.

La *Casa Protetta* è una struttura socio-sanitaria residenziale che ospita anziani non autosufficienti con bisogni assistenziali di diversa intensità (disturbi comportamentali, elevati bisogni sanitari correlati ad elevati bisogni assistenziali, disabilità severe e moderate).

La *Residenza Sanitaria Assistenziale (R.S.A.)* è una struttura extraospedaliera socio-sanitaria integrata a prevalente valenza sanitaria che ospita, temporaneamente o permanentemente, anziani non autosufficienti con elevati bisogni sanitari e correlati elevati bisogni assistenziali o con disturbi comportamentali, richiedenti trattamenti continui.

Attualmente nelle strutture considerate gli utenti ricoverati nei posti letto convenzionati con l'ASL-Distretto di Rimini sono n.435 (vedi tabella 8).

DENOMINAZIONE	TIPOLOGIA	RIC. COMPL.	AUTO.	NON AUTO.	CONV.	COMUNE
Ente Ricovero Vecchi	Casa di Rip./Casa Prot.	32	2	30	30	Verucchio
Istituto Maccolini	Casa di Rip./Casa Prot.	120	100	20	20	Rimini
RSA via Ovidio	RSA	20		20	20	Rimini
RSA Valloni	RSA	44		44	44	Rimini
RSA Villa Salus	RSA	59		59	59	Rimini
San Fortunato	Casa Protetta	40		40	40	Rimini
Suor Angela Molari	Casa Protetta	50		50	50	Santarcangelo
Valloni	Casa Protetta	88		88	88	Rimini
Valloni	Centro Diurno	20			20	Rimini
Villa Salus	Casa Protetta	64		64	64	Rimini
totale posti letto convenzionati					435	

Tabella 8: strutture per anziani convenzionate in carico al Distretto di Rimini, per tipologia, ricoveri complessivi, utenti autosufficienti, non autosufficienti, posti letto convenzionati, comune.

La maggior parte di questi anziani presenta una situazione disabilitante ("disablement") dovuta a quella che può essere definita "sindrome da regressione psicomotoria", che colpisce l'anziano in modo globale, sia sul piano motorio che su quello psichico, intellettuale e affettivo (Tavernier, Vidal, 1993).

Il problema maggiore è quindi la perdita di autonomia motoria legata al processo biologico dell'invecchiamento (debolezza visiva, uditiva, disturbi dell'equilibrio, affaticabilità muscolare, insufficienza cardio-respiratoria, rallentamento psichico, ecc...); a queste difficoltà si sommano quelle risultanti dalle malattie subite durante il corso dell'esistenza. È molto comune perciò trovare per ogni ospite l'associazione tra presenza di disabilità e patologie croniche (insulti vascolari cerebrali, parkinsonismi, malattie di tipo cardiaco, asma, diabete, patologie muscoloscheletriche...).

La maggior parte dei ricoverati presenta poi un quadro di deterioramento mentale più o meno marcato con deficit cognitivi e disturbi che riguardano la sfera della personalità, l'affettività, l'ideazione e la percezione, le funzioni vegetative, il comportamento (wondering, agitazione, confusione...).

Inoltre sono molto diffusi i danni indotti dalla “patologia da non uso” come, per esempio, la sindrome da immobilizzazione: questa insorge nell’anziano a seguito di prolungata inattività e specialmente durante una lunga degenza a letto motivata da una malattia intercorrente (influenza, bronchite, ...) o un trauma (frattura femore...). Nell’anziano allettato compaiono in poche settimane modificazioni morfofunzionali in ciascun apparato dell’organismo che portano presto ad un quadro di invalidità maggiore di quella provocata dalla malattia. Se l’allettamento non viene contenuto il più possibile nel tempo, si potranno riscontrare variamente queste complicanze: piaghe da decubito, atrofia e retrazioni muscolari, osteoporosi, broncopolmonite, trombo-flebiti da stasi, ritenzione e/o incontinenza urinaria, stipsi e formazione di fecalomi, depressione, confusione e disorientamento spazio-temporale, malnutrizione e disidratazione, scompenso cardiaco e propensione alle cadute.

In sintesi è possibile identificare fra i ricoverati quattro tipologie di disabilità : confinamento individuale (costrizione a letto, su una sedia non a rotelle), disabilità nelle funzioni (difficoltà nel vestirsi, nel lavarsi, nel fare il bagno, nel mangiare), disabilità nel movimento (difficoltà nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi), disabilità sensoriali (difficoltà a sentire, vedere o parlare) (www.handicapincifre.it).

Molti anziani sono portatori di almeno due disabilità contemporaneamente.

4. SITUAZIONE INIZIALE

4.1 Descrizione della procedura di fornitura degli ausili

La procedura di fornitura degli ausili per gli anziani degenti presso le strutture convenzionate non è mai stata codificata e tale percorso si attua abitualmente più per buona volontà degli operatori interessati che per metodi e strumenti scientifici standardizzati. Inoltre anche la risposta, non ancora procedurata, da parte del Servizio Protesi Ausili del territorio di competenza si è diversificata nel tempo a causa del turn-over del suo personale medico e tecnico in ruolo, solo da poco tempo a regime.

Raccogliendo informazioni soprattutto di tipo verbale, si è comunque tentato di mettere in sequenza le singole tappe più comunemente percorse, tenendo presente quella collaborazione tra struttura privata ed azienda pubblica più riuscita:

1. evidenziazione del bisogno (emergente dagli addetti all'assistenza di base-ADB o dal Fisioterapista-FT o dall'infermiere professionale-IP o a volte su segnalazione del parente)
2. identificazione del bisogno: il fisioterapista di struttura segnala verbalmente il bisogno alla RAA che lo comunica al medico referente (MMG a volte con specialità in geriatria)
3. attivazione del Servizio Protesi Ausili via fax su carta intestata della struttura inviante: la RAA, sentito il parere del Coordinatore responsabile di struttura e raggruppate più segnalazioni per ausili, invia una specie di "lista della spesa"
4. consulenza in struttura da parte del medico fisiatra autorizzato e della fisioterapista del Servizio Protesi Ausili, che può avvenire a seconda del numero di fax inviati, del tipo di richieste, della data di invio e del tipo di struttura inviante (ad es. RSA ha precedenza rispetto Casa di Riposo) una volta ogni 15 giorni o una volta al mese; per motivi organizzativi può però capitare che le consulenze per ausili, in particolare nelle Case di Riposo e Case Protette, non avvengono in équipe, ma con accessi separati rispettivamente del medico fisiatra e poi della fisioterapista, per lo stesso utente
5. compilazione del fisioterapista di relazione tecnica e del medico fisiatra di relazione clinica, entrambe su scheda ottica aziendale in carta chimica a tre fogli ("TSK" per statistiche mensili sulle prestazioni), e prescrizione ausili che gli addetti di struttura (o i parenti dell'utente se esistenti e/o rintracciabili) devono consegnare con il verbale di invalidità e certificato di residenza (o autocertificazione), se nuovo assistito, all'ufficio competente (stanza 4 del Servizio Protesi e Ausili) per l'apposizione del n° di protocollo e la messa in attesa per l'autorizzazione
6. autorizzazione: da pochissimo tempo si è stabilito finalmente che il medico responsabile del modulo assistenza protesica autorizza nella giornata di mercoledì; prima dell'apposizione di questo timbro e firma, le fisioterapiste del Servizio valutano la congruità delle prescrizioni giunte all'ufficio 4, verificano di persona la disponibilità nel magazzino degli ausili ricondizionati, altrimenti prendono contatto con un tecnico ortopedico di fiducia chiedendo un preventivo da approvarsi successivamente
7. fornitura e ritiro dell'ausilio prescritto, senza addestramento all'uso, direttamente presso il magazzino dell'ASL o da parte dei corrieri della struttura interessata o da parte dei familiari dell'utente oppure, se non disponibili né gli uni né gli altri, consegna, prestabilita con programmazione settimanale, da parte dei magazzinieri della Cooperativa Sociale appaltatrice della gestione in oggetto; l'ausilio acquistato nuovo verrà consegnato all'Istituto dal tecnico ortopedico che dovrebbe fornire indicazioni sull'uso

8. prove e verifica di idoneità all'uso da parte del fisioterapista di struttura con eventuale successivo contatto telefonico con una delle fisioterapiste del Servizio per chiarimenti o richiesta di ulteriori adattamenti
9. apposizione della firma di avvenuto collaudo da parte del medico fisiatra prescrittore durante una successiva giornata di consulenza in struttura
10. archiviazione della documentazione (solo relazione fisiatrica) nella cartella clinica dell'utente in Istituto
11. restituzione della pratica di prescrizione originale direttamente al tecnico e della sua fotocopia all'ufficio Protesi Ausili per archiviazione dell'ausilio fornito.

Il tempo di fornitura medio per attuare questa procedura per ausili in deposito è di circa 20 giorni, per ausili standard già disponibili per il negoziante circa 2/3 settimane, per quelli da ordinare o su misura circa 1-2 mesi.

4.2 Identificazione degli aspetti critici

Dall'esperienza maturata nel lavoro quotidiano e facendo riferimento al modello teorico HEART (1994) che dà precise indicazioni su come deve essere un buon sistema di assistenza protesica, ho individuato una serie di aspetti critici nell'attuale procedura di fornitura ausili che qui di seguito descriverò per punti.

1. i tempi di fornitura degli ausili o di richiesta di riparazioni di ausili già in dotazione eccessivamente lunghi;
2. adeguata competenza tecnica sugli ausili del gruppo consulente;
3. la mancanza di figure tecniche di riferimento nel Servizio Protesi Ausili ben precise e fisse per ogni diversa struttura;
4. la mancanza in struttura di attrezzi di prova che non consente di valutare, prima della prescrizione, l'idoneità dell'attrezzo, il grado di accettazione del paziente e le capacità d'uso;
5. la carenza in struttura di spazi con caratteristiche di tranquillità e comfort per eseguire i colloqui di consulenza;
6. la possibilità di aggiornamento e la disponibilità di materiale di consultazione per gli operatori di struttura;
7. la mancanza di un calendario prestabilito in giornate e orari ben precisi e rigorosi (rispettosi dei tempi per espletare i protocolli assistenziali di struttura) da parte del Servizio Protesi Ausili che esegue la consulenza tecnica;
8. l'assenza durante le visite specialistiche di consulenza di un medico referente del caso, per eventuali chiarimenti;
9. il facile ripiego, motivato dal tipo di utenza e da uno stato di istituzionalizzazione permanente, su ausili di più facile reperibilità (più economici e riciclati);
10. la non conoscenza del Nomenclatore Tariffario delle Protesi da chi attiva la consulenza specialistica;
11. la mancanza all'interno degli Istituti di personale tecnico qualificato (terapisti occupazionali) e in generale di esperienza e cultura sugli ausili, che contribuisce ad avere una scarsa competenza nell'identificazione dei bisogni dell'utente e nella gestione delle risposte;
12. la carenza degli scambi di informazioni fra gli operatori tecnici e gli addetti all'assistenza non sempre inseriti in équipe interdisciplinari ben affiatate;
13. la carenza di utilizzo di scale di valutazione strutturate e standardizzate sia per la valutazione multidimensionale dell'anziano sia per l'adozione dell'ausilio;
14. la mancanza di un follow-up che rende impossibile giudicare l'idoneità delle scelte proposte;
15. la complessità della procedura burocratica.

L'analisi fatta ha cercato di tenere presenti tutte le carenze nell'attività di collaborazione sia da parte delle strutture considerate sia da parte del servizio pubblico.

Per far ciò mi è stato d'aiuto e di conferma un acceso dibattito tenutosi nel febbraio dell'anno scorso tra tutti i rappresentanti delle strutture convenzionate e gli operatori, compreso il Responsabile, dell'Unità Operativa di Assistenza Protesica. L'assemblea, indetta per migliorare reciprocamente il lavoro di collaborazione nel campo degli ausili, ha fatto emergere già allora una generale esigenza di migliorare e standardizzare con metodo la procedura di fornitura ausili negli istituti per l'anziano.

Purtroppo però in questo settore il bisogno reale di adottare tecnologie di ausilio non sempre corrisponde ad una adeguata cultura dell'autonomia e dell'integrazione sociale delle persone anziane, dell'accessibilità e degli ausili.

Ho potuto riscontrare inoltre che è diffuso tra chi si occupa di persone anziane istituzionalizzate un atteggiamento tecnofobo verso gli ausili sia per disinformazione sia per scarsa fiducia che tali mezzi possano diventare strumenti di autonomia, di sicurezza e di miglior qualità di vita quando proposti ad utenti che presentano quadri di demenza senile di diversa gravità. Questo atteggiamento forse confluisce in quella convinzione culturale che vuole il vecchio uguale a malato cronico.

Infine quando si parla di persone anziane è bene tenere presente che è possibile scontrarsi con atteggiamenti di rifiuto verso qualsiasi tipo di cambiamento e quindi non trovare alcuna motivazione ad esso.

Per quel che riguarda i problemi descritti ai punti 1, 2, 3, 7, 8, 13, 14, 15, verranno affrontati da questo progetto in maniera diretta, per tutti gli altri si farà una proposta di massima in quanto la loro soluzione dipende per lo più da decisioni delle Amministrazioni private interne alle strutture.

5. OBIETTIVI DEL PROGETTO

Dall'analisi dell'attuale procedura operativa di fornitura ed inserimento dell'ausilio, utilizzata abitualmente dall'Unità Operativa di Assistenza Riabilitativa e Protesica-Distretto di Rimini per le strutture convenzionate per anziani in oggetto (par. 4.1), e dei punti critici emersi (par.4.2), è nata quindi l'esigenza di proporre l'introduzione di alcune modifiche organizzative al fine di far fronte ai problemi maggiori evidenziati.

Gli obiettivi che il progetto vorrebbe raggiungere sarebbero i seguenti:

1. ottimizzare e standardizzare le procedure operative per la fornitura dell'ausilio nelle strutture esaminate all'interno del progetto riabilitativo del Servizio territoriale di competenza attraverso la definizione degli operatori di struttura che attivano la procedura e quelli del territorio che eseguono la consulenza, attraverso l'introduzione di protocolli di valutazione dei bisogni del paziente, dei progetti proposti, degli obiettivi raggiunti, della soddisfazione dell'utenza e dei follow-up. Con questo obiettivo si vuole facilitare il percorso dell'utente e dei suoi caregivers, ridurre i tempi di attesa sia per la valutazione che per la fornitura (Percorso Ausili), raccogliere materiale a fini statistici e di documentazione dell'attività del Servizio di consulenza (Archivio)
2. identificare gli operatori, nei diversi ambiti di competenza, che approfondiscano l'insieme delle conoscenze legate agli ausili e che, strutturati in equipe, siano addestrati ad affrontare in modo più globale il progetto di autonomia del paziente, i quali diventeranno i referenti, distinti per ogni struttura, in caso di richiesta specifica (Servizio di Assistenza Ausili); allo stesso tempo si deve diffondere una maggior cultura riabilitativa riguardo l'autonomia e gli ausili per facilitare il processo di "empowerment" del disabile e dell'anziano attraverso attività formative rivolte anche agli operatori, sanitari e non, che si occupano dell'assistenza personale degli anziani in struttura (Educazione)
3. dotare gli istituti di una gamma di ausili essenziali che permetta di provare gli attrezzi in proposta all'utente ed eventualmente iniziare l'addestramento mirato, in attesa della fornitura dell'ausilio personale, così da poter dedicare più tempo alla valutazione e al training del paziente e dei suoi assistenti personali all'uso dell'ausilio (piccola Ausilioteca).

6. ARTICOLAZIONE DEL PROGETTO

In riferimento agli obiettivi appena esposti, il progetto verrà articolato in tre fasi corrispondenti e concomitanti. La prima fase, che sviluppa il secondo obiettivo (“Servizio di Assistenza Ausili ed Educazione”), riguarda la formazione del personale e prevede due momenti formativi distinti per due tipologie di persone che andranno formate. Inizialmente si dovrà provvedere alla formazione del personale che costituisce l’equipe del Servizio Protesi e Ausili a cui compete l’attività di consulenza e di progettazione, parallelamente si dovranno programmare attività educative di insegnamento e training rivolte a tutti gli operatori che lavorano dentro le strutture (MMB, IP, ADB, FT) e che sono i promotori nell’identificazione del bisogno dell’utente.

6.1 Formazione del personale

Servizio di Assistenza Ausili

L’equipe del Centro Informazione Ausili dell’ASL 113 di Rimini è composta da:

- n° 2 medici specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa abilitati alle prescrizioni di protesi e ausili;
- n° 3 fisioterapiste, due a tempo pieno, una a part time, dedicate totalmente alle valutazioni ambientali e progetto ausili sul territorio riminese (domicilio e strutture di ricovero).

Questo progetto necessita della collaborazione di tutte le figure professionali sopracitate perché diverse sono le strutture considerate e logisticamente lontane tra di loro.

Una delle tre fisioterapiste ha già partecipato in passato a questo corso di perfezionamento “Tecnologie per l’autonomia e l’integrazione sociale delle persone disabili”; attualmente l’ASL di Rimini all’interno della formazione obbligatoria del personale per l’anno 2002 ha concesso la partecipazione a questo corso alla sottoscritta e ad un medico fisiatra operante presso un altro Distretto (Riccione). Inoltre il corso di perfezionamento del SIVA rientra tra quelli di formazione obbligatoria che verranno richiesti per l’anno 2003 a favore di uno dei due fisiatra dell’equipe, per l’anno 2004 per la partecipazione della fisioterapista restante.

La formazione per il gruppo consulente deve prevedere anche la partecipazione e visita delle manifestazioni fieristiche quali EXSPOSANITÀ di Bologna, REHACARE INTERNAZIONALE di Düsseldorf (Germania), PTEEXSPO Progetto terza età di Verona, dove i programmi espositivi spaziano su tutti i prodotti, i servizi e le tecnologie di ausilio per la riabilitazione, per il superamento della disabilità, per l’assistenza e la vita quotidiana delle persone anziane o con disabilità.

Educazione

Per quanto riguarda i processi di trasferimento di conoscenza agli assistenti personali, sarà necessario organizzare dei corsi, incontri, workshop dove il programma didattico, costituito da sessioni teoriche e pratiche, dovrà avere come obiettivo formativo quello di promuovere un’approfondita conoscenza degli ausili ed una informazione su alcuni argomenti scelti dalle scienze psicologiche e sociologiche ad un target di discenti piuttosto omogeneo per ruolo e interessi lavorativi.

Lo scopo di tali iniziative sarebbe quello di addestrare gli assistenti all’uso corretto e adeguato della tecnologia per favorire l’autonomia del disabile, incoraggiare la relazione ed evitare atteggiamenti negativi di demotivazione, disinteresse e burnt-out a volte riscontrabili fra il personale di questi Istituti dove il senso del proprio lavoro viene messo continuamente a dura prova di fronte ad un individuo in declino psicofisico e prossimo alla morte.

Queste attività didattiche dovranno essere pubblicizzate anticipatamente attraverso pieghevoli e brochure, ma anche attraverso il “passaparola”, e prevedere una quota minima di iscrizione (circa 120,00 euro a persona per due giornate) per ogni partecipante esterno all’Azienda per sostenere le spese di docenza, quelle per le colazioni di lavoro e per il materiale informativo e di pubblicizzazione.

Per facilitare l'organizzazione e ospitare un certo numero di persone, si potrebbe ipotizzare come sede del corso la cosiddetta aula G dell'ospedale civile "Infermi" di Rimini, situato in posizione centrale, fuori del centro storico e facilmente raggiungibile con mezzi pubblici e non. Inoltre individuato il docente-relatore esperto nel campo degli ausili, si potrebbero coinvolgere uno o più tutor, anche scelti all'interno dell'Azienda fra il personale con esperienza in merito, per condurre ampiamente esercitazioni attive con i partecipanti.

Durante queste iniziative rivolte agli operatori di struttura andranno previsti anche momenti di incontro con gli operatori del Servizio Assistenza Ausili allo scopo di uniformare il più possibile il linguaggio tecnico, confrontarsi sulle modalità operative, condividere le nozioni e le esperienze, e conoscersi meglio. Si calcolano approssimativamente sei mesi per organizzare corsi di questo tipo.

6.2 Organizzazione logistica e Ausilioteca

La seconda fase, relativa all'obiettivo definito "Ausilioteca", riguarda espressamente l'organizzazione logistica delle strutture e il materiale di cui dotarsi.

Per organizzazione logistica delle strutture si intende la predisposizione di spazi adeguati che rispondano ai requisiti di tranquillità e comfort (per accogliere l'utente e chi l'assiste e metterli a proprio agio per il dialogo) e di accessibilità (per poter eseguire le prove con ausilio); allo stesso tempo si dovrebbe reperire il materiale di base necessario per la prima valutazione (piccola Ausilioteca di struttura). Per tale necessità è indispensabile una stanza di m 5 x 5 dedicata esclusivamente al colloquio e alla visita medica, accessibile per gli spostamenti in carrozzina e arredata da un lettino da visita, un tavolo, scaffalature per depliant e pubblicazioni sugli ausili e una copia di NTP, cinque/sei sedie per gli operatori in consulenza, il caregiver, il medico di struttura, l'utente e il familiare. E' richiesto inoltre un locale molto grande adibito a palestra per le eventuali prove e/o training degli ausili attrezzato da 1 parallela standard con percorso ostacolo-divarico, 1 scala standard a due rampe di gradini nella versione ad angolo ed 1 lettino per trattamenti con testata regolabile cm 200 x 100 x 50 h. Questo locale dovrà essere tale da contenere anche un settore dove collocare il materiale di proprietà privata, necessario alla fase valutativa, che costituisce la piccola Ausilioteca di struttura.

Considerando l'utenza che si è chiamati a soddisfare, questa dotazione minima dovrebbe comprendere gli ausili proposti nel seguente elenco, corredato del preventivo indicativo dei costi (tabella 9).

Ausilio	modello	preventivo di spesa (euro)
Carrozine	Piegh. standard con tavolino estraib., piegh. Ribassata per emiplegico, rigida-imbottita ad autospinta, passeggino tipo tramoggia, basculante	4000,00
Ausili usati con 2 braccia	Deambulatore a 4 ruote con ascellari e sedile, a 2 ruote e 2 puntali (walker), a 4 ruote da esterno (rollator)	400,00
Ausili usati con 1 braccio	Bastone con impugnatura anatomica, stampelle x 2, quadripodi x 2	70,00
Apparecchi per l'arto sup.	Reggibraccio	40,00
Apparecchi per l'arto inf.	Tutore gamba-piede a molla in 2 mis. (tipo di Codivilla), basso in 1 coppia (tipo peromed), alzatalloni in 2 mis.	300,00
Ausili per mangiare	Forchetta, coltello e cucchiaio ergonomici dx e sx	60,00
	Piatto antisdrucchiolo	5,00
	Bicchiera a manico largo, antigoccia	5,00
	Imbottitura per posate (3 pezzi)	15,00
Ausili per vestirsi	Infilcalze	15,00
	Calzascarpe	5,00
	Infilabottoni	8,00
Manipolazione	Pinza per oggetti	30,00
Cuscini antidecubito	Con base anatomica preformata (tipo jaycare)	180,00
	A bolle d'aria (tipo Roho)	284,00

Tabella 9: elenco ausili e materiali di prova.

Del sopracitato materiale di prova alcune strutture hanno già in dotazione qualche modello, ma in genere si tratta di attrezzature ormai obsolete, fuori produzione o molto sfruttate e convenientemente rottamabili.

I tempi approssimativi di realizzazione per questa fase, tenuto conto del numero di strutture e di soggetti coinvolti, si stimano attorno ai 18 mesi riducibili in base alla disponibilità delle strutture coinvolte che dovranno sobbarcarsi dei costi di acquisto del materiale.

6.3 Percorso Ausili e Archivio

Per fornire risposte adeguate e in tempi ragionevoli alle richieste di consulenza che le strutture inviano al Servizio competente, è necessario procedere ad una riorganizzazione operativa che coinvolga le figure costituenti l'équipe.

Le fisioterapiste del Servizio operando sul territorio e in special modo al domicilio per motivi organizzativi si sono suddivise le rispettive zone territoriali di competenza. Tale distribuzione del lavoro, che permette la presa in carico dell'utente da parte di una persona di riferimento ben precisa, può essere utilizzata anche per la gestione delle consulenze nelle strutture in oggetto.

C'è quindi una fisioterapista che avendo in carico i pazienti domiciliati nella zona di Rimini Sud può diventare il riferimento e consulente per le strutture ivi comprese (RSA via Ovidio, Valloni); un'altra a cui compete la presa in carico del territorio di Rimini Centro sarà consulente per gli istituti qui presenti (Istituto Maccolini, San Fortunato); infine la terza che è di riferimento per la parte di Rimini Nord, lo sarà anche per le strutture qui ubicate (Ente Ricovero Vecchi, Suor Angela Molari, Villa Salus).

I due medici, a seconda del numero di ambulatori e degli altri impegni nel Servizio, si possono suddividere, prestabilendo per ognuna la giornata di visita in équipe, le strutture in questo modo: uno sarà consulente per Valloni, Ente Ricovero Vecchi, Istituto Maccolini, Suor Angela Molari; l'altro seguirà le restanti strutture (RSA via Ovidio, San Fortunato, Villa Salus). In questa modalità si avrà mediamente una consulenza alla settimana o una ogni dieci giorni.

Oltre il giorno, va fissato l'orario migliore per presentarsi: sicuramente la fascia di orario che va dalle 8,30 alle 11,30 è l'unica che si adatta e non interferisce con altre attività assistenziali (es. attività di igiene in primissima mattinata, orari dei pasti, riposo pomeridiano, ecc....).

L'équipe del Servizio si incontra abitualmente una volta alla settimana: sarà in questa occasione in cui si procederà alla programmazione settimanale delle consulenze esterne e alla discussione dei singoli casi.

Non di minore importanza è l'acquisto da parte dell'ASL di 2 personal computer portatili (uno per fisiatra) che serviranno, al momento della consulenza fuori sede lavorativa, per avere l'aggiornamento in tempo reale dei dati conosciuti e inseriti dall'Ufficio Protesi e Ausili di quegli utenti che sono già in carico al Servizio.

Per quel che riguarda la definizione degli operatori di struttura che hanno il compito di attivare la procedura, verranno identificati nel prossimo capitolo.

Infine per documentare l'attività di consulenza andrà implementata quella di archiviazione. Attualmente questa prevede la raccolta su cartaceo e su PC per ogni utente dei dati riguardanti solo l'invalidità e le forniture di protesi ed ortesi avute e restituite o ancora in dotazione.

In questo archivio, presente nella sede di via Tiberio 26, andranno raccolte allo stesso modo le scale di valutazione, i progetti di consulenza esterna, i follow-up dall'ufficio amministrativo del Servizio (stanza 4).

Con la prossima dotazione di PC portatili, sarebbe bene avere un software specifico per creare cartelle cliniche integrate dove vengono inserite non solo le prescrizioni di ausili, ma anche la clinica diagnostica e funzionale, le varie prese in carico dell'utente (chi, quando e dove), le persone di riferimento nel progetto di presa in carico. Attualmente l'ASL di Rimini sta investendo in un progetto di questo tipo per creare attraverso una nuova rete di comunicazione informatica interna all'Azienda (intranet) queste cartelle cliniche con possibilità di visione e aggiornamento da qualsiasi parte in cui un ipotetico operatore, che è entrato in una presa in carico, stia lavorando.

Non si calcolano tempi di realizzazione per questa fase in quanto riguardando le persone già presenti, il calendario di lavoro, l'archivio in uso, si tratta di una riorganizzazione delle risorse esistenti con ricollocazione più razionale e meno dispendiosa.

7. RELAZIONE TECNICA

7.1 “Percorso Ausili”

Rimane da valutare la metodologia con cui si vuole operare e in particolare come deve avvenire l'attività di Consulenza che il Servizio è chiamato a svolgere.

Al fine di ottimizzare la modalità operativa e rendere uniformi le procedure e il servizio erogato, si propongono questa serie di condizioni per l'avvio del “percorso ausili”:

RILEVAZIONE DEL BISOGNO

Incontro settimanale in équipe interdisciplinare degli operatori di struttura referenti del caso (case manager) per identificazione del bisogno e proposta di richiesta ausilio sulla scheda P.A.I. (allegato 5); aggiornamento nella stessa sede da parte dell'équipe sopracitata (medico, IP, FT, ADB) delle scale di valutazione multidimensionale* dell'anziano per cui si segnala il bisogno di adozione ausili (vedi allegati 1,2,3,4)



SEGNALAZIONE DEL PAZIENTE PER CONSULENZA AUSILI

Da : RAA

A: IP del Servizio Protesi e Ausili

Modalità: via fax con invio scheda informativa con i dati del paziente e bisogno evidenziato (allegato 6) e invio impegnativa di visita fisiatrica;
contatto telefonico (orario d'ufficio 8,00-14,00) solo per segnalare l'urgenza



SELEZIONE DEL PAZIENTE

Chi: medico Responsabile del Servizio Protesi e Ausili

Modalità: valutazione di tutte le schede inviate insieme all'infermiera, eventuale richiesta telefonica al medico responsabile del caso di ulteriori chiarimenti, programmazione settimanale nella riunione di équipe dell'attività di consulenza esterna



APPUNTAMENTO PER LA CONSULENZA

Da: IP del Servizio

A: RAA

Modalità: via fax con data e ora concordati



CONSULENZA IN STRUTTURA

Chi: medico fisiatra e fisioterapista del Servizio Protesi e Ausili

Con: medico referente, operatori (FT, IP, care giver principale) e familiare

Modalità: colloquio con paziente e suo familiare con intervista guidata dalla scheda IPPA (allegato 7); richiesta di approfondimenti clinici (documentazione sanitaria, strumenti valutativi multidimensionali aggiornati e informazioni specifiche dalle figure assistenziali principali)



**NB : la salute dell'anziano, come stabilito dall'OMS, va definita in "termini di funzionalità", cioè da un punto di vista "dell'autosufficienza" (Redaelli T., Valsecchi L., 1996), perciò la valutazione deve essere multidimensionale e deve indagare le seguenti componenti: la salute fisica (CIRS), l'abilità funzionale (BARTHEL INDEX), la salute mentale (MINI MENTAL STATE), l'autosufficienza ed i fattori socio-ambientali (B.I.N.A.).*

7.2 La Consulenza

Questo è un momento importantissimo perché si è posti di fronte al bisogno reale di risolvere un problema con buona soddisfazione dell'utente. La scelta dell'ausilio è sì parte integrante del progetto riabilitativo ma è anche una fase del processo di responsabilizzazione della persona che presenta il bisogno. Inoltre una buona prescrizione richiede in una struttura una buona integrazione fra diverse professionalità che si occupano dell'anziano. Occorre dunque prepararla con metodo.

A tal fine faremo riferimento allo schema metodologico proposto da Andrich (1996), secondo il quale la presa in carico del paziente all'interno di un progetto riabilitativo si articola in quattro momenti.

La prima fase è il "momento progettuale": insieme con gli operatori di struttura, con l'utente anziano ed eventualmente i suoi familiari si studiano le possibili soluzioni dei problemi di autonomia presentati e si cerca di giungere agli ausili più appropriati e ad eventuali personalizzazioni.

In questa fase si possono distinguere cinque passi:

- analisi preliminare per stabilire la natura del problema, risolvibile con o senza ausilio;
- analisi delle azioni per distinguere tra le varie attività quelle azioni che in un obiettivo di autonomia possono beneficiare dell'uso di un ausilio;
- analisi funzionale che serve per valutare le capacità residue e il potenziale che andranno rafforzati, valorizzati, compensati o sostituiti;
- individuazione degli ausili esistenti in grado di risolvere il problema;
- eventuale ipotesi di personalizzazione dell'ausilio scelto.

Per facilitare questo momento viene adottata una scheda di valutazione funzionale dell'utente che viene compilata dagli addetti del Servizio di Assistenza Protesi e Ausili (allegato 8).

La seconda fase è il "momento decisionale": vengono scelti gli ausili ed elaborate le strategie di utilizzo. Siccome questa scelta deve rispondere ad un obiettivo di autonomia vanno considerate a tal fine, come già detto nel primo capitolo, tre dimensioni:

- l'utente con le sue risorse, le sue limitazioni, la sua personalità;
- l'azione per la quale si vuole ottenere l'autonomia, la minor dipendenza, la maggior sicurezza e il minore affaticamento;
- l'ambiente (fisico o umano) o "ambienti" dove espletare tale azione.

A queste tre dimensioni inoltre vanno legati tre principi da rispettare:

- alla persona si lega il principio di consonanza, per il quale la soluzione individuata deve rispettare quella persona, le sue scelte e la sua personalità;
- all'azione si lega il principio di competenza, per cui la soluzione del problema deve consentire alla persona di svolgere l'attività deficitaria in maniera efficace con inutile dispendio di energie;
- all'ambiente si lega il principio di contestualità, per cui la soluzione adottata deve essere funzionale all'ambiente di utilizzo e da questo accettata.

I fattori contestuali (il mondo fisico e sociale e l'io corporeo) giocano un ruolo determinante nel progetto di autonomia (es. modello HAAT). Per identificarli meglio, si può utilizzare la seguente

classificazione che distingue gli ambienti di percezione dello spazio dal più interno a quello più esterno (Andrich, 1996):

- spazio biologico: il proprio corpo
- spazio personale: quello definito dalle abilità motorie
- spazio familiare: la casa, la famiglia, l'ambiente dove la persona è sicura di sopravvivere
- spazio di quartiere: l'ufficio, la scuola, il condominio, cioè l'ambiente delle relazioni sociali più strette e continuative
- spazio sociale: la città, il paese, cioè l'ambiente dove abitualmente si conduce la vita di tutti i giorni
- spazio zonale: quello esterno ai precedenti, dove è possibile muoversi in giornata
- mondo: ambiente che implica spostamenti per un periodo più lungo di una giornata

Quando si risponde ad un problema di autonomia e si ragiona sull'azione ritenuta importante per la persona, possono venire individuate diverse strategie risolutive che vanno dalla totale indipendenza (rimozione della necessità dell'azione) alla dipendenza totale (aiuto umano):

1. rimozione della necessità dell'azione
2. rimozione dell'ostacolo
3. modifica dell'ostacolo
4. superamento dell'ostacolo con una semplice strategia sostitutiva
5. superamento dell'ostacolo con una complessa strategia sostitutiva
6. superamento dell'ostacolo con un semplice ausilio tecnico
7. superamento dell'ostacolo con un ausilio tecnico complesso
8. superamento dell'ostacolo con l'aiuto umano
9. superamento dell'ostacolo con un ausilio domotico

Una volta scelto l'ausilio, verrà compilata una relazione scritta dettagliata della valutazione/progetto/percorso diagnostico/prescrittivo/costi (scheda "SIVA Cost Analysis Instrument"); il medico fisiatra dell'équipe compila il modulo di prescrizione ed essendo il prescrittore sempre insieme al fisioterapista durante le consulenze esterne non si corre il rischio di prescrizioni incongrue.

Il responsabile del caso di struttura comunica ai famigliari il risultato del progetto, consegna il modulo di prescrizione e, nel caso di ausilio personalizzato, chiede ai parenti a quale tecnico ortopedico affidarsi (allegato 9).

A questo punto si passa alla terza fase, il "momento attuativo": esso consiste nella fornitura dell'ausilio, nell'addestramento all'uso, nell'adattamento dell'utente alla nuova situazione di vita da esso determinata.

I membri dell'équipe al termine della prescrizione indicano all'utente o al suo caregiver i percorsi da compiere per ottenere l'ausilio prescritto.

Poiché dal 2001 l'ASL di Rimini ha intrapreso l'acquisto di alcuni ausili non personalizzabili (elenco 2 del NTP) attraverso gare di appalto, per l'assegnazione di tali ausili è dunque possibile ridurre i tempi di consegna. Inoltre, anche se la prescrizione riguardasse altre tipologie di ausilio, nel 2002 l'ASL ha condotto una gara di appalto per il ricondizionamento a norma di legge degli ausili di proprietà riciclati, per cui all'interno del magazzino aziendale si possono trovare disponibili da subito altri tipi di presidi.

L'assegnazione di essi risulta facilitata in quanto nella stessa sede dell'équipe sono posti anche gli sportelli dove si autorizza la fornitura degli ausili.

Questa fase prosegue con l'addestramento all'uso dell'ausilio per il paziente da parte della fisioterapista di struttura che ne verifica l'efficacia, propone eventuali modifiche e mantiene i contatti telefonici con la fisioterapista dell'équipe a disposizione per tali eventualità. A questo riguardo occorre prevedere uno o più incontri fra il personale tecnico dell'équipe, quello di struttura e l'utente per raggiungere l'ottimizzazione dell'ausilio e le adeguate istruzioni all'uso in riferimento alle particolari esigenze.

Se l'ausilio fornito è conforme alla prescrizione, avviene nella terza fase il suo collaudo. Questo momento è molto importante e purtroppo spesso sottovalutato. Al collaudo è presente il medico prescrittore che in un secondo momento tornerà in struttura per verificare ciò che è stato fornito, la conformità e l'adeguatezza dell'ausilio, la sua qualità, il suo uso e l'opinione al riguardo del fruitore e dei suoi care givers; non dovrà essere come a volte succede un "collaudo d'ufficio".

La quarta fase è il "momento della verifica" ed è il termine ideale del "percorso ausili".

Il controllo dell'efficacia dell'ausilio all'interno del Servizio Protesi e Ausili allo stato attuale per ovvie limitazioni temporali non viene applicato come procedura operativa di routine.

Nel caso specifico di utenti anziani istituzionalizzati, si propone come momento di verifica della soddisfazione o meno dell'utente e di come e quanto sia cambiata favorevolmente la sua vita, l'incontro settimanale che gli addetti di struttura programmano non sempre abitualmente per fare il punto della situazione.

L'équipe del Servizio sarà di nuovo contattata successivamente per consulenze a nuovi assistiti, per cui in quella sede è prevedibile una verifica a distanza con adozione di scheda per follow – up (allegato 10).

Sarebbe comunque auspicabile procedere con metodo ad una programmazione standardizzata di giornate follow up a distanza di tre mesi, soprattutto con quei casi di particolare impegno e complessità esecutiva.

8. RISULTATI

La riorganizzazione di una procedura di lavoro complessa perché condivisa da più parti e dibattuta perché non rispondente alle esigenze delle figure coinvolte, soprattutto quelle degli utenti finali, porterà sicuramente ad un minore spreco di risorse umane e materiali per l'ASL 113 e per le strutture per anziani convenzionate con questa ASL e quindi ad un risparmio economico.

Inoltre un progetto che punti a migliorare e strutturare una procedura, a formare e motivare un'équipe che acquisisca competenze specifiche per la fornitura degli ausili, a sensibilizzare e formare gli operatori che si prendono cura degli anziani disabili istituzionalizzati, può diventare non solo un miglioramento della qualità di un servizio per l'utenza, dell'autonomia e della qualità di vita dell'anziano in regime di ricovero, ma anche porre le basi su cui sviluppare ulteriori progetti che coinvolgano tutti i sottosistemi in cui è organizzata la società odierna, da quelli del terzo settore (economia sociale, volontariato, cooperazione), a quelli del mercato (basato sul principio dello scambio) e dello Stato.

La chiarezza di una procedura e la sua divulgazione aiuteranno a migliorare la qualità del Servizio, a ridurre i tempi di attesa, a razionalizzare la spesa; la maggior informazione dell'utente e dei suoi familiari circa l'iter da percorrere e la diffusione di conoscenza ai caregivers e agli operatori di struttura in genere sui diritti dell'anziano e del disabile non può che portare ad avere risposte sempre più adeguate e più personalizzate ai bisogni reali.

Con la riorganizzazione della procedura l'anziano istituzionalizzato che necessita di un ausilio per risolvere un problema, attraverso i suoi assistenti personali e le figure sanitarie di struttura che lo hanno in carico, approderà all'Unità Operativa di Assistenza Riabilitativa e Protesica dell'ASL 113, ricevendo da questa una consulenza programmata nella propria struttura di degenza. Durante questo incontro verranno analizzati in maniera dettagliata i bisogni presentati e le aspettative dell'utente attraverso la scheda di valutazione e anche attraverso l'ascolto delle difficoltà del suo caregiver principale.

Verranno fornite più soluzioni e l'anziano, o chi per lui se non in grado, potrà scegliere, quando possibile, quella a lui più congeniale.

La scelta avverrà sempre dopo le prove degli ausili in palestra, in presenza del medico fisiatra e della fisioterapista consulenti e della fisioterapista di struttura. Questo è un momento molto delicato in quanto una valutazione sbagliata porterà ad una prescrizione errata.

La prova dell'ausilio e la valutazione specialistica, e poi in un secondo momento il collaudo, sono buoni tentativi per seguire l'utente e i suoi familiari nel percorso di adozione di una tecnologia di ausilio.

Più l'ausilio sarà appropriato e personalizzato e più l'utente sarà soddisfatto, per cui si eviteranno la continua ricerca di qualcosa di diverso ed i resi anticipati.

Adottare ausili di qualità migliore e soluzioni personalizzate anche all'interno di residenze per anziani significa minori prescrizioni incongrue e quindi minor spesa sanitaria a carico del S.S.N. È sicuramente preferibile un ausilio più costoso ma in grado di ridurre la dipendenza da terzi che un presidio meno caro ma più inefficace in tal senso; spendere perciò in maniera più razionale significherà fare il miglior investimento possibile.

Per quanto riguarda gli indicatori di qualità, prima di tutto bisognerà oggettivare il più possibile il lavoro eseguito attraverso le schede di valutazione e l'inserimento in formato elettronico di ogni dato raccolto con l'utilizzo di un software adeguato in applicazione in tutta la rete informatica aziendale. Come ho precedentemente annunciato, l'Azienda USL di Rimini sta attualmente investendo nell'elaborazione di tale applicativo e nella conseguente alfabetizzazione al suo corretto uso di tutti gli operatori interessati attraverso corsi di informatica obbligatori e continui.

Una volta acquisiti i dati informatizzati, si potranno estrapolare con cadenza ad esempio mensile alcuni indicatori oggettivi sull'andamento dell'attività di consulenza del Servizio, dai tempi di attesa per la visita specialistica e la conseguente prescrizione, a quelli per la fornitura.

Inoltre sarebbe auspicabile misurare il grado di soddisfazione dell'utente circa il servizio di consulenza fornito dal Centro Protesi e Ausili. Purtroppo all'interno di questi istituti una verifica in tal senso è difficilmente applicabile in quanto gli ospiti presentano diffusamente funzioni cognitive compromesse ed i loro familiari a volte non sono rintracciabili oppure non ne hanno.

Si ipotizza pertanto una scheda da consegnare al termine della consulenza al caregiver principale, per testare la soddisfazione e le aspettative circa la consulenza appena svolta ed i suoi risultati.

Una ulteriore valutazione della qualità del lavoro svolto dall'Unità Operativa di Assistenza Protesica e Riabilitativa e della sua capacità di incidere sulla maggiore diffusione di cultura sugli ausili verrà espressa alla fine dei corsi di "educazione" rivolti agli operatori di struttura (ADB, FT, RAA, IP, MMG) a cui verrà richiesto per iscritto un giudizio non solo sui docenti e sugli argomenti trattati, ma anche sull'attività territoriale che il Centro sta svolgendo.

Come indicatori di qualità a lungo termine si possono prendere in considerazione gli stessi obiettivi aziendali, quali la diminuzione dei tempi di attesa per la visita specialistica, di quelli per l'assegnazione dei presidi e la razionalizzazione della spesa, in quanto attraverso consulenze ben programmate si dovrebbe raggiungere un'alta percentuale di prescrizioni corrette. Snellire un iter burocratizzato con tempi piuttosto elevati garantendo invece alle strutture disponibilità, programmazione e qualità dei prodotti sicuramente porta all'Azienda meno sprechi economici, più qualità nell'offerta dei servizi, meno malcontento.

9. PIANO ECONOMICO

La riorganizzazione del Servizio di Assistenza Protesica comporta per l'ASL un dispendio minimo di risorse economiche in quanto il progetto prevede una ricollocazione più razionale delle risorse esistenti. I costi previsti per l'avvio alla realizzazione di questo progetto comprenderebbero:

Spese di formazione del personale

- frequenza al corso "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili" presso la Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano per 2 operatori (1.450,00 euro + I.V.A. cadauno) e relative spese di trasferimento e pernottamento per le quattro settimane del corso (1.900,00 euro circa cadauno) a carico totalmente dell'Azienda ASL 113;
- partecipazione, in giornate differenti, di tutti i 5 operatori dell'équipe alla fiera EXPOSANITA' di Bologna che si terrà nel mese di maggio, con costo presunto a persona euro 20,00 comprese spese di trasferta (totale 100,00 euro); partecipazione di 2 operatori alla 3° edizione PTEEXSPO Progetto terza età di Verona nel mese di febbraio, con costo presunto a persona di euro 100,00 comprese spese di trasferta (totale 200,00 euro); visita da parte di 2 operatori alla fiera annuale REHACARE INTERNAZIONALE di Düsseldorf (Germania) nel mese di Ottobre, con costo presunto a persona di euro 1000,00 comprese spese di trasferta (totale 2000,00 euro)
- organizzazione, a carico dell'ASL, di due giornate di seminario (con orario lavori dalle 9,00 alle 13,00 e dalle 14,00 alle 17,00) aperte agli operatori delle strutture convenzionate per anziani, che prevede il costo per l'ASL del docente-relatore esterno all'Azienda circa 80/90,00 euro/ora (nel caso di un docente universitario 1.500,00 euro a giornata) e 55,00 euro/ora per docente-tutor dipendente, sala per il corso, eventuale attrezzatura per la didattica (video proiettore da connettere al PC, lavagna luminosa, dispense), attività di pubblicizzazione e spazio per le colazioni di lavoro; quota minima, per coprire tali spese, di euro 120,00 a partecipante esterno all'Azienda.

Spese per l'acquisto dei materiali:

- il preventivo di spesa per l'acquisto degli ausili di prova mancanti nelle piccole ausilioteche delle strutture si aggira attorno a euro 5.400,00 (vedi per dettagli tabella 9 nel paragrafo 6.2), che può variare a seconda del materiale già presente in ognuna
- la spesa presunta per le attrezzature richieste nel locale palestra (scala modulare standard, parallela standard, lettino per trattamenti cm 200x100x50h) si aggira circa a euro 2.360,00
- il preventivo di spesa per l'attrezzatura di arredamento per la stanza dei colloqui (tavolo, sei sedie, scaffalature per cataloghi, lettino da visita) prevede un costo di 900,00 euro
- questi preventivi potranno variare in quanto alcuni ausili ed attrezzature possono già essere in parte presenti in alcune strutture considerate, così come non si calcolano le spese per i due locali previsti dal progetto (stanza colloqui e palestra) perché sono spazi già identificabili negli istituti ed il loro utilizzo non comporta nessuna spesa aggiuntiva;
- a carico dell'ASL, 2 personal computer portatili con sistema operativo Windows 98 e applicativi di uso corrente : euro 3000,00.

In totale il preventivo di spesa per l'avvio del progetto si aggirerebbe dunque attorno a 12.000,00 euro a carico dell'ASL e circa 8.660,00 euro a carico di ogni singola struttura.

10. STRUMENTI DI LAVORO

Prima di passare alla presentazione degli strumenti di lavoro proposti per aiutare l'attività dei consulenti, si ritiene utile illustrare la modulistica necessaria per definire in maniera standardizzata la salute dell'anziano istituzionalizzato. Essa si basa sul concetto di "valutazione multidimensionale" (art.17 LR 3 febbraio 1994, n.5) che definisce la salute dell'anziano in termini di funzionalità e di autosufficienza piuttosto che in termini biologici.

Per facilitare il processo di collaborazione fra équipe consulente e strutture per anziani alla base di questo progetto, si propone la comune adozione all'interno della cartella sociosanitaria integrata in uso in questi istituti dei seguenti strumenti valutativi multidimensionali:

- CIRS (indice di comorbidità) per misurare la salute fisica dell'anziano (all. 1)
- MINI MENTAL STATE per valutare lo stato cognitivo del paziente (orientamento spazio-temporale, memoria a breve termine, capacità di calcolo e di produrre parole, aprassia costruttiva) (all. 2)
- BARTHEL INDEX per quantificare le abilità funzionali (le normali attività della vita quotidiana) (all. 3); questa scala non richiede necessariamente l'integrità delle funzioni cognitive del paziente e valutata all'inizio della consulenza e poi al termine dopo l'assegnazione degli ausili (vedi scheda di follow-up nell'all. 10), potrebbe essere un indicatore dell'autonomia raggiunta prima e dopo per misurare la validità degli ausili proposti in termini di efficacia
- B.I.N.A. (Breve Indice della Non Autosufficienza) RESIDENZIALE per misurare il grado di non autosufficienza ed i fattori socio-ambientali (all. 4)
- P.A.I. (Programma Assistenziale Individualizzato): si propone questa scheda riassuntiva della valutazione multidimensionale per la segnalazione del bisogno legato a prescrizione ausili (all. 5).

L'attività di consulenza vera e propria prevede l'adozione di una serie di schede utili per la raccolta delle informazioni, ma soprattutto per garantire la corretta operatività del Servizio e conservare uno storico delle consulenze eseguite:

- Scheda informativa (all. 6) per l'invio tramite fax di richiesta consulenza
- IPPA (all. 7) per intervista guidata durante il colloquio con l'anziano ed il familiare
- Scheda di valutazione funzionale (all. 8) che prevede scheda per la rilevazione delle misure dell'utente, per la valutazione della carrozzina, dello stato della cute, dello stato funzionale del paziente in posizione supina e seduta, degli adattamenti al sistema di postura
- Modulo per la scelta del tecnico ortopedico a cui affidarsi per la fornitura dell'ausilio (all. 9)
- Scheda di follow – up da compilarsi a distanza di 3 mesi dalla realizzazione di un intervento o dal collaudo di un ausilio durante una nuova visita dell'équipe in struttura, che analizza il grado di soddisfazione soggettiva dell'utente e le abilità funzionali (Barthel Index) raggiunte dopo l'assegnazione dell'ausilio (all. 10)

Le schede riportate in allegato sono da ritenersi indicative e potranno subire variazioni e modifiche in corso d'opera, in quanto sarà l'équipe a verificarne la reale utilità e rispondenza alle esigenze di operatività del servizio.

11. BIBLIOGRAFIA

Aguirre C: *Metodologia per la fornitura e l'inserimento dell'ausilio nel progetto riabilitativo del Servizio Protesi Ausili dell'Azienda USL di Rimini*. Tesi di laurea Università degli Studi di Bologna AA 2000/2001

Andrich R: *Ausili per l'autonomia*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi, 1998

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

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

Consorzio HEART (European Commission – DGXIII/TIDE): *European service delivery systems in rehabilitation technology* (eds. L.DeWitte, H.Knops, I.Johnson, R.Andrich, M.Parker, S.Forsberg). IRV, Hoensbroek 1994

Conwell Y, Forbes NT, Cox C, Caine ED: *Validation of a measure of physical illness burden at autopsy: the Cumulative Illness Rating Scale*. J Am Geriatr Soc, 1993; 41: 38-41

Ferrari S, Zanzani L (a cura di): *Il profilo di salute della popolazione della provincia di Rimini*. Rimini, Azienda USL, 2002

Folstein MF, Folstein SE, McHugh PR: «*Mini-Mental State*»: a practical method for grading the cognitive state of patients for the clinician. J Psychiatr Res, 1975; 12: 189-98
Versione italiana validata: Frisoni GB, Rozzini R, Bianchetti A, Trabucchi M: *Principal lifetime occupation and MMSE score in elderly persons*. J Gerontol Soc Sci, 1993; 48: S310-4

Francia R, Pirani A, Belloi L, Toschi A, Vecchi GP: *a new scale for evaluation self sufficiency in institutionalized elderly persons*. The Fourth Congress of the International Psychogeriatric Association, Tokio 1989; abstracts: 117, 1989

Vedi anche: Francia R, Belloi L, Pirani A, Gallerani A, Vecchi GP: *La valutazione della non autosufficienza*. In: Vecchi GP, editor *Il Centro di Valutazione Geriatrica*. Fidenza (PR). Mattioli, 1990; pp.256-67

Mahoney FI, Barthel DW: *Functionale evaluation: the Barthel index*. Mariland State Med J, 1965; 14: 61-5

Parmalee PA, Thuras PD, Katz IR, Lawton MP: *Validation of the Cumulative Illness Rating Scale in a geriatric residential population*. J Am Geriatr Soc, 1995; 43: 130-7

Redaelli T, Valsecchi L (a cura di): *Terapia occupazionale – metodologie riabilitative e ausili*. Milano: Solei, 1996

Tavernier B, Vidal F Mourey (a cura di): *Rieducazione e perdita dell'autonomia fisica dell'anziano – la regressione psicomotoria*. Roma: Marrapese Editore, 1993

www.geriatriaoggi.net/assistenza_geriatrica/3_2.htm

www.handicapincifre.it

ALLEGATO 1

CIRS Cumulative Illness Rating Scale (indice di comorbilità)

(Conwell et al., 1993; Parmalee et al., 1995)

Cognome e nome.....Nato/a il.....

	Punteggio
1. Cuore	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
2. Ipertensione	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
3. Apparato vascolare (sangue, vasi sanguigni e cellule, midollo osseo, milza, sistema linfatico)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
4. Apparato respiratorio (polmoni, bronchi, trachea al di sotto della laringe)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
5. O/O.R.L. (occhio, orecchio, naso, gola)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
6. Apparato digerente primo tratto (esofago, stomaco, duodeno vie-biliari-epato-pancreatiche, escluso il diabete)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
7. Apparato digerente secondo tratto (intestino, ernie)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
8. Fegato	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
9. Rene	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
10. Tratto genito-urinario (ureteri, vescica, uretra, prostata, genitali)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
11. Apparato muscolo-scheletrico e cute (muscolo, osso, cute)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
12. Sistema nervoso (cervello, midollo spinale, nervi, escluso demenza)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
13. S. endocrino metabolico (diabete, infezioni, intossicazioni)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5
14. Stato mentale e comportamentale (demenza, depressione, ansia, agitazione, psicosi)	<input type="checkbox"/> 1 <input type="checkbox"/> 2 <input type="checkbox"/> 3 <input type="checkbox"/> 4 <input type="checkbox"/> 5

MODALITA DI VALUTAZIONE

Grado 1: nessuna menomazione;

Grado 2: menomazione lieve; la menomazione non interferisce con la normale attività; il trattamento è facoltativo; la prognosi è eccellente (es. lesioni dermatologiche, ernia inguinale, emorroidi);

Grado 3: menomazione moderata; la menomazione interferisce con la normale attività; il trattamento è necessario; la prognosi è buona (es. colelitiasi, diabete, fratture);

Grado 4: menomazione grave; la menomazione determina un disabilità grave; il trattamento è necessario o urgente,; la prognosi è riservata (es. carcinoma operabile, enfisema polmonare, insufficienza cardiaca, congestizia);

Grado 5: menomazione molto grave.

Massimo impairment.....

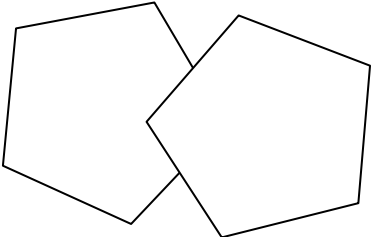
Punteggio totale.....

**INDICE DI SEVERITÀ DELLA
COMORBILITÀ:**
MEDIA DEI PUNTEGGI >1 DELLE
PRIME 14 CATEGORIE
.....

**INDICE DI COMORBILITÀ
COMPLESSA: NUMERO TOTALE
DELLE 14 CATEGORIE NELLE QUALI
IL PUNTEGGIO È UGUALE A 3, 4 O 5**
.....

ALLEGATO 2

MINI MENTAL STATE (Folstein et al., 1975; Frisoni et al., 1993)

data										
IN CHE ANNO SIAMO? (0 – 1)										
IN CHE STAGIONE SIAMO? (0 – 1)										
IN CHE MESE SIAMO? (0 – 1)										
MI DICA LA DATA DI OGGI (0 – 1)										
CHE GIORNO DELLA SETTIMANA E' OGGI (0 – 1)										
MI DICA IN CHE NAZIONE SIAMO? (0 – 1)										
IN QUALE REGIONE ITALIANA SIAMO? (0 – 1)										
IN QUALE CITTA' SI TROVA? (0 – 1)										
MI DICA IL NOME DI QUESTA STRUTTURA (0 – 1)										
A CHE PIANO SIAMO? (0 – 1)										
CITARE I NOMI DI 3 OGGETTI (PANE – CASA – GATTO) E CHIEDERE AL SOGGETTO DI RIPETERLI: LA PRIMA RIPETIZIONE DA' ADITO AL PUNTEGGIO. I NOMI VANNO RIPETUTI FINCHE' IL SOGGETTO ESEGUE CORRETTAMENTE E FINO A UN MASSIMO DI 6 VOLTE (0 – 3)										
FAR CONTARE A RITROSO DA 100 TOGLIENDO 7 PER 5 VOLTE OPPURE FAR SILLABARE LA PAROLA CARNE AL CONTRARIO (0 – 5)										
CHIEDERE LA RIPETIZIONE DEI NOMI DEI 3 OGGETTI PRECEDENTI (0 – 3)										
MOSTRARE UN OROLOGIO E UNA MATITA CHIEDENDO DI DIRNE IL NOME (0 – 2)										
RIPETA QUESTA FRASE: "SENZA SE, OPPURE, O MA" (0 – 1)										
PRENDA QUESTO FOGLIO CON LA MANO DESTRA, LO PIEGHI E QUINDI LO METTA SUL TAVOLO (0 – 3)										
LEGGA ED ESGUA QUANTO SCRITTO SU QUESTO FOGLIO: "CHIUDA GLI OCCHI" (0 – 1)										
SCRIVA UNA FRASE QUALSIASI (ALMENO CON SOGGETTO E VERBO) (0 – 1)										
COPI QUESTO DISEGNO (0 – 1)										
										

Se il soggetto è analfabeta non somministrare le ultime 3 voci; moltiplicare quindi il punteggio totale per 30/27. Normale ≥ 24 , Borderline 20 - 23, Sospetta demenza ≤ 19 .

ALLEGATO 3

SCALA DI BARTHEL (Mahoney et al., 1965)

PUNTI

<p>1. ALIMENTAZIONE 10 – Autonomo – Si alimenta in tempo ragionevole da solo 05 – Parzialmente autonomo – aiuto nel taglio o operazioni complesse 00 – Totalmente dipendente</p> <p>2. PASSAGGI POSTURALI (letto-carrozzina-letto) 15 – Indipendente in tutte le fasi 10 – Aiuto minimo con supervisione o correzione verbale 05 – riesce a sedersi/sdraiarsi da solo ma deve essere aiutato nel trasferimento 00 – Totalmente dipendente</p> <p>3. PULIZIA PERSONALE 10 – Indipendente nel lavarsi, asciugarsi, pettinarsi, lavare i denti, farsi la barba, mettersi il trucco... 05 – Riesce ad effettuare alcune operazioni 00 – Totalmente dipendente</p> <p>4. USO DEI SERVIZI IGIENICI 10 – Autonomo nell'accedere al wc, vestirsi e svestirsi, usare la carta aiutandosi anche con maniglioni o supporti, riesce a gestire il supporto wc della sedia a rotelle se necessario 05 – Necessita di aiuto per difficoltà con i vestiti o con la carta 00 – Totalmente dipendente nei passaggi e nella gestione/incontinente</p> <p>5. USO DELLA VASCA 05 – può usare la vasca e la doccia in maniera totalmente autonoma 00 – Ha bisogno di aiuto per l'accesso o le operazioni di lavaggio</p> <p>6. CAMMINO SU UNA SUPERFICIE PIANA 15 – può camminare almeno per 50 m senza assistenza o controllo usando mezzi di sostegno appositi, grucce, bastoni o altro 10 – Può compiere le suddette operazioni con minimo aiuto ma sempre per una distanza pari a 50 m 00 – Difficoltà notevole: non percorre tale distanza</p>	<p>7. SALITA E DISCESA DALLE SCALE 10 – Autonomo nella salita e discesa anche tramite mezzi di sostegno canne e grucce 05 – Ha bisogno di supervisione o aiuto nelle suddette operazioni 00 – Non può eseguire le scale</p> <p>8. GUIDA DELLA SEDIA A ROTELLE 05 – Non cammina ma si spinge con facilità, gira in casa, nel wc ed all'esterno si spinge per almeno 50 m 00 – Difficoltà nella gestione della sedia o totale dipendenza</p> <p>9. VESTIRSI E SVESTIRSI 10 – Autonomo nell'abbigliamento compreso infilarsi le calze e allacciarsi le scarpe in un tempo ragionevole 05 – Parzialmente autonomo. Devono compiere almeno metà delle operazioni in un tempo ragionevole (esclusi reggiseno o cinture) 00 – Totalmente dipendente</p> <p>10. CONTINENZA FECALE* 10 – Totalmente continente in grado di gestire tempi e modi di evacuazione (paraplegici) 05 – Perdite occasionali ha bisogno di aiuto nel gestire l'evacuazione 00 – Totalmente dipendente o incontinente</p> <p>11. CONTINENZA VESCICALE** 10 – In grado di gestire giorno e notte la vescica. Per i pz spinali in grado di autocateterizzarsi svuotare le sacche 05 – Perdite occasionali, non riesce a raggiungere in tempo il wc 00 – Totalmente incontinente e dipendente</p> <p>* raggiunge il controllo all'età di..... **raggiunge il controllo all'età di.....</p>
---	---

OSSERVAZIONI GENERALI*

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

ALLEGATO 4

B.I.N.A. (Breve Indice della Non Autosufficienza) RESIDENZIALE (Francia et al., 1989; Francia et al., 1990)

Cognome e nome.....

nato il.....

Item	Punteggio	Voci	Obiettivi ragionevoli	
			Necessità presenti	Prevenzione
1. MEDICAZIONI				
1.1	10	• Non necessarie		
1.2	30	• Per ulcerazioni e distrofie cutanee		
1.3	40	• Per catetere a permanenza		
1.4	100	• Per piaghe da decubito		
2. NECESSITÀ DI PRESTAZIONI SANITARIE				
2.1	10	• Controlli medici di routine		
2.2	20	• Necessità di prestazioni ambulatoriali interne		
2.3	40	• Necessità di prestazioni ambulatoriali esterne (terapia radiante, psichiatrica, consulenza specialistica)		
2.4	100	• Necessità di prestazioni mediche continuative		
3. CONTROLLO SFINTERICO				
3.1	10	• Presente		
3.2	30	• Incontinenza urinaria episodica		
3.3	70	• Incontinenza urinaria permanente		
3.4	100	• Incontinenza totale (urinaria e fecale)		
4. DISTURBI COMPORTAMENTALI				
4.1	10	• Assenti		
4.2	50	• Disturbi dell'umore (triste, melanconico, ansioso, chiede sempre nuovi farmaci)		
4.3	80	• Non riesce a gestire i propri compiti e le proprie necessità; disturbi della cognitivtà		
4.4	100	• Disturbi della cognitivtà con frequente comportamento disturbante e/o atteggiamento aggressivo verso se e gli altri		
5. COMUNICAZIONE				
5.1	10	• Comprende e si esprime normalmente		
5.2	30	• Esprime comunque il proprio pensiero, linguaggio menomato		
5.3	70	• Comprende solo ordini semplici, non riesce ad esprimere con coerenza il proprio pensiero		
5.4	100	• Non comprende		
6. DEFICIT SENSORIALI (udito e vista)				
6.1	10	• Normale		
6.2	20	• Deficit correggibile con l'aiuto di protesi e/o occhiali		
6.3	80	• Grave deficit non correggibile		
6.4	100	• Cecità e/o sordità completa		
7. MOBILITÀ				
7.1	10	• Cammina autonomamente senza aiuto		
7.2	30	• Cammina o si sposta con ausili		
7.3	80	• Si sposta solo con l'aiuto di altre persone o con carrozzina		
7.4	100	• Allettato, deve essere alzato e mobilizzato		
8. ATTIVITÀ DELLA VITA QUOTIDIANA (igiene personale, abbigliamento, alimentazione)				
8.1	10	• Totalmente indipendente		
8.2	20	• Aiuto saltuario		
8.3	50	• Aiuto necessario ma parziale		
8.4	100	• Totalmente dipendente		
9. ATTIVITÀ E IMPIEGO DEL TEMPO				
9.1	10	• Entra ed esce consapevolmente dalla residenza		
9.2	30	• E motivato a compiere attività costruttive solo all'interno della residenza		
9.3	60	• E in grado di svolgere attività all'interno della residenza con lo stimolo e la supervisione di operatori		
9.4	100	• Non svolge alcuna attività		
10. STATO DELLA RETE FAMILIARE E SOCIALE				
10.1	10	• Mantiene buoni e regolari rapporti con la famiglia		
10.2	30	• Rapporti con la famiglia ma solo con amici e parenti		
10.3	70	• Amici parenti o volontari sono disponibili solo in caso di bisogno		
10.4	100	• L'anziano può contare solo sull'aiuto istituzionale		

PUNTEGGIO TOTALE:..... Cut-off autosufficienza: 210

ALLEGATO 5

SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE – REGIONE EMILIA ROMAGNA
AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI
UNITA' DI VALUTAZIONE GERIATRICA
DISTRETTO DI RIMINI
Tel. 0541/707351/52 Fax 707354

PROGRAMMA ASSISTENZIALE INDIVIDUALIZZATO

(www.geriatriaoggi.net/assistenza_geriatrica/3_2.htm)

Relativo al Sig. _____ nato il _____

Residente a _____ via _____ tel. _____

M.M.G. Dott. _____ A.S. responsabile del caso _____

Data segnalazione _____ Data visita _____ presso _____

Autosufficiente Non Autosufficiente

Punteggio BINA Home _____ Punteggio BINA di struttura _____

Assegno Accomp. Si No In corso

VALUTAZIONE MULTIDIMENSIONALE

PROPOSTE DI INTERVENTO

- | | |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Assegno di cura | <input type="checkbox"/> Telesoccorso |
| <input type="checkbox"/> Prescriz. Presidi ausili | <input type="checkbox"/> Ass. Infermieristica |
| <input type="checkbox"/> Fisioterapia | <input type="checkbox"/> Valutazione Non Autosuff. per I.C. |
| <input type="checkbox"/> Volontariato | <input type="checkbox"/> _____ |
| <input type="checkbox"/> RSA Temporaneo | RSA Indeterminato |
| <input type="checkbox"/> Inserimento in Casa Protetta | Lungodegenza Centro Diurno |
| Accessi Programmati M.M.G. | |
| Ass. Dom. di base | n. interventi _____ n. operatori _____ |

Unità di Valutazione Geriatrica

ALLEGATO 6

SCHEDA PER L'INVIO TRAMITE FAX DI INFORMAZIONI RELATIVE ALL'ANZIANO ISTITUZIONALIZZATO PER IL QUALE SI PROPONE L'ADOZIONE DI PRESIDIO/AUSILIO

Intestazione della Struttura
e telefono/fax

alla c.a. del medico
Resp. dell' U. O. di Assistenza Riab. e Protesica

DATI ANAGRAFICI

Nome e Cognome.....
Sesso M F Data di nascita.....
N. Tessera Sanitaria.....

DATI ANAMNESTICI

Diagnosi principale.....
Patologie rilevanti associate.....
Data di ingresso in struttura.....
Data di dimissione (ove prevista).....

CONSULENZA RELATIVA A :

postura trasferimenti posturali mobilità bagno deambulazione
igiene personale alimentazione fisioterapia prevenzione decubiti
manutenzione ausilio in uso
altro.....

PRESENZA DI FAMIGLIARI NO SI

se barrato sì, Nome.....Cognome.....grado di parentela.....tel.....

Nome e qualifica del Referente del caso.....

Data compilazione.....

Firma operatore.....

Sarà nostra premura contattarvi telefonicamente, prima possibile, per concordare appuntamento per consulenza e inviarvi via fax la conferma. Distinti saluti.

ALLEGATO 7

IPPA (Individual Prioritised Problem Assessment) Tratto da (Eats 1999)

Prima intervista (prima della fornitura dell'ausilio)

L'utente (e/o il familiare) viene invitato a identificare i problemi che desidera risolvere (max 7 problemi).

- Il grado di importanza (Quanto è importante il problema per te?) viene espresso con un punteggio da 1 a 5 (1>per nulla 2>non molto 3>un po' >4abbastanza 5>molto)
- Il grado di difficoltà (Quante difficoltà incontri nello svolgere questa attività nella vita di tutti i giorni?) viene espresso con un punteggio da 1 a 5 (1>nessuna 2>poche 3>un po' 4>molte 5>insormontabili)

N.	Descrizione del problema	Grado di importanza	Grado di difficoltà	Punteggio prima

Punteggio totale prima: \sum (difficoltà x importanza) / numero dei problemi:

Seconda intervista (dopo circa 3 mesi di utilizzo reale dell'ausilio)

L'utente viene invitato a rivalutare il grado di difficoltà che ora incontra in ciascuno dei suddetti problemi.

N.	Descrizione del problema	Grado di importanza	Grado di difficoltà	Punteggio dopo

Punteggio totale dopo: \sum (difficoltà x importanza) / numero dei problemi:.....

Indicatore IPPA: Punteggio prima – Punteggio dopo =

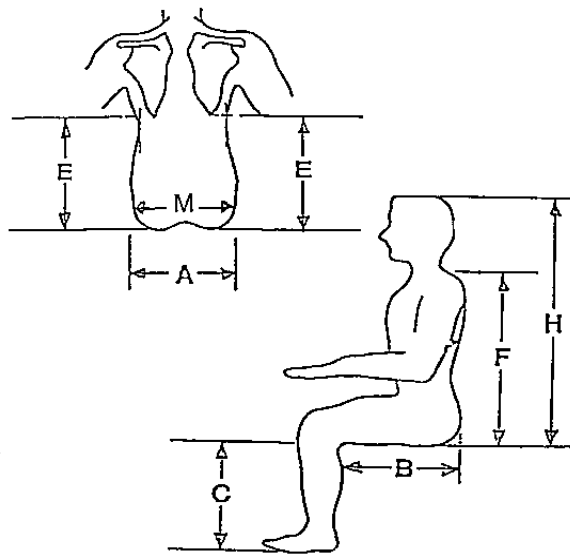
ALLEGATO 8

AZIENDA UNITA' SANITARIA LOCALE RIMINI DISTRETTO DI RIMINI
Dipartimento Cure Primarie di Rimini

U.O. Assistenza Riabilitativa Protetica Via Tiberio n.26- Rimini

SCHEDA DI RILEVAZIONE DELLE MISURE DELL'UTENTE

NOME _____ COGNOME _____
DATA DI NASCITA _____ INDIRIZZO _____ TEL _____
DIAGNOSI _____ LIVELLO DI AUTONOMIA _____
AUTOSPINTA IN CARROZZINA SI NO _____



B SX _____ *B DX* _____
C SX _____ *C DX* _____
MISURE IN CM: *A* _____ *M* _____
E _____ *H* _____
F _____ **ALTEZZA** _____ **PESO IN KG** _____
AUSILI IN USO: _____
NOTE: _____
FISIOTERAPISTA DI RIFERIMENTO _____

Scheda di valutazione della postura seduta

1 Informazioni sull'utente

Nome del Medico / Terapista _____ Data _____
 Nome dell'utente _____ Telefono _____
 Indirizzo _____
 Patologia _____
 Età _____ Sesso _____ Inizio patologia _____
 Situazione cognitiva (segnalare eventuali farmaci utilizzati) _____
 Status visivo / auditivo _____
 Storia clinica / eventuali interventi chirurgici _____

2 Valutazione carrozzina

Descrivete il tipo di carrozzina attuale (oppure allegare foto della stessa):
 Tipo di telaio (schienale reclinabile, sistema basculante, ecc.) e lunghezza sedile _____
 Sedile o cuscino (largh. e lungh.) ed eventuali accessori _____
 Schienale (altezza) ed eventuali accessori _____
 Appoggiatesta _____ Tipo di braccioli _____
 Tipo di pedane _____ Cintura / imbragatura _____
Posizione seduta in carrozzina (controllare le deviazioni e documentarle con foto)
 _____ Retroversione _____ Abduzione cosce _____ Cifosi _____
 _____ Antiversione _____ Adduzione cosce _____ Lordosi _____
 _____ Obliquità pelvica _____ Scoliosi convessa : : _____ Colpo di vento _____
 destra sinistra destra sin str _____ Altro _____
 _____ Rotazione pelvica _____ Protrazione del capo / _____
 in avanti verso _____ Iperestensione c el collo _____
 destra sinistra _____



3 Valutazione funzionale

Tipo di trasferimento _____ Quantità di assistenza richiesta _____
 Tipo di spinta della carrozzina _____
 Attività nella vita quotidiana _____

4 Condizione della cute

Localizzazione:	Cicatrici	Arrossamenti	Dimensioni	Tempo necessario per far scomparire l'arrossamento	Plaghe di grado			Forma / Colore
					1	2	3	
Tuberosità ischiatiche	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
coccige	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
colonna vertebrale	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____
altro	_____	_____	_____	_____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	_____

5 Valutazione da supino



Postura supina sul lettino

	Fissa	Riducibile	Commenti _____
_____ Antiversione	_____	_____	
_____ Retroversione	_____	_____	_____
_____ Obliquità pelvica	_____	_____	_____
_____ Cifosi	_____	_____	_____
_____ Lordosi	_____	_____	_____
_____ Scoliosi	_____	_____	_____

Gradi di movimento in posizione supina

Flessione anche _____

Estensione ginocchia con anche a 90° _____

Altro _____

Considerazioni sulla postura seduta

Schienale reclinabile o cuscino scavato anteriormente se minore di 90°

Posizionamento pedane

Scheda di valutazione della postura seduta

6 Valutazione della postura seduta



Equilibrio da seduto

- Buono: senza appoggio delle mani riesce a spostare il carico
- Sufficiente: senza appoggio delle mani, fermo
- Scarso: è necessario appoggiare le mani
- Non autonomo: necessita di supporto esterno

Commenti

Posizione seduta sul lettino

	Fissa	Riducibile	1" (2,5cm)	Differenze 2" (5cm)	3" (7,5cm)
<input type="checkbox"/> RETROVERSIONE					
<input type="checkbox"/> Adduzione arti inferiori					
<input type="checkbox"/> Cifosi					
<input type="checkbox"/> Protrazione del capo / Ipertensione del collo					
<input type="checkbox"/> ANTIVERSIONE DEL BACINO					
<input type="checkbox"/> Abduzione arti inferiori					
<input type="checkbox"/> Lordosi					
<input type="checkbox"/> OBLIQUITÀ PELVICA					
<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra					
<input type="checkbox"/> Scoliosi convessa a:					
<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra					
<input type="checkbox"/> ROTAZIONE PELVICA in avanti verso:					
<input type="checkbox"/> destra <input type="checkbox"/> sinistra					
<input type="checkbox"/> Colpo di vento					
<input type="checkbox"/> Altro					

Ingr mbro totale del corpo



Influenze del tono / riflessi sulla posizione seduta

- Estensorio
- Flessorio
- R.T.A.C.
- R.T.S.C.
- Reazione positiva di sostegno
- Clono caviglia

Implicazioni sul sistema di postura

- Curare l'angolo sedile / schienale ed il posizionamento della cintura
- Inibire la rotazione del capo con poggiatesta
- Inibire la flessione / estensione del collo con un appoggiatesta
- Posizionare in flessione dorsale con appoggio di tutta la pianta e cinturini

Misurazioni della lunghezza da seduto:

- Lungh. bacino
- Lungh. arti inferiori (dal sacro al cavo popliteo)
- destra
- sinistra

Commenti

7 Condizioni della cute

Ri-valutare la condizione della cute

Annotare cambiamenti _____

8 Scopi prefissi

- Migliorare la postura _____
- Distribuire omogeneamente la pressione _____
- Accogliere deformità _____
- Compensare limitazioni articolari _____
- Diminuire il dolore / aumentare la tolleranza alla posizione seduta _____
- Controllare il tono muscolare _____
- Migliorare la posizione del capo e il campo visivo _____
- Assecondare la crescita _____
- Migliorare il portamento _____
- Facilitare l'assistenza _____
- Facilitare il trasporto, l'accesso al lavoro, alla scuola _____
- Altro _____

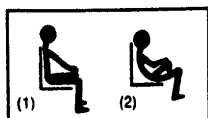


Via Riva, 20 - Montale
29100 Piacenza
Tel. (39) 523 - 573111
Fax (39) 523 - 570060

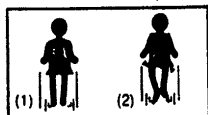
Fate sedere il cliente su un sistema di postura senza fodera ed accessori.

Sequenza di adattamento: 8 passi continua

Cuscino



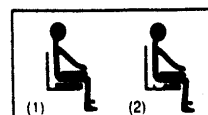
(1) Corretta (2) Scivolamento/Cifosi



(1) Corretta (2) Obliquità pelvica



(1) Corretta (2) Abduzione
(3) Adduzione (4) Colpo di vento



(1) Livello fluido corretto tra 0.6-1.2 cm
(2) Affondamento completo

Schienale



Scegliete la larghezza (deve corrispondere a quella del sedile della carrozzina) e la profondità adatte (devono rimanere 2-3 cm dal cavo popliteo al bordo anteriore del cuscino).

1 Le anche sono contro lo schienale della carrozzina? Sì No
Se no, considerate: cintura a 90° Sedile più angolato Cuscino scavato avanti
 cintura a 45° Schienale più reclinato

2 Le anche sono allo stesso livello? Sì No
Se no, l'obliquità è: destra sinistra fissa flessibile
Se l'obliquità è flessibile, considerate: rialzo per obliquità pelvica
 supplemento fluido sostegni laterali del bacino (guide per anca)

3 Gli arti inferiori sono centrali e paralleli? Sì No
Se no, considerate:
Maggiore supporto alle cosce: abbassare le pedane aumentare l'altezza del sedile
 cuscino più lungo supporto solido
Accessori Jay: Sostegni laterali della coscia 2,5 cm (adduttori)
 Sostegni laterali della coscia 5 (adduttori)
 Sostegno mediale della coscia (abduzione)
 Sostegni laterali del bacino (guide per anca)

4 C'è affondamento completo? Sì No Dove _____
Se sì, valutate: Imbottitura maggiorata: singola doppia da entrambi i lati
 solo dalla parte destra solo dalla parte sinistra imbottitura a quadranti

Scegliete la misura adatta alla larghezza della carrozzina

5 Regolate l'altezza dello schienale: sopra sotto
le parti inferiori delle scapole

6 Regolate l'angolazione dello schienale:
 con senza il cuneo per l'inclinazione dello schienale

7 Regolate il sostegno lombare:
 con senza il sostegno lombare

8 Regolate i sostegni laterali:
Sostegni: Bambini Adulti Grandi Extra Grandi
 Da entrambi i lati solo dalla parte destra Solo dalla parte sinistra

Se l'utente cade in avanti considerate:

Cintura pettorale Imbragatura ad "H"

Posizione della testa, delle braccia, dei piedi _____

Documentazione dei risultati ottenuti: _____

ALLEGATO 9

MODULO PRESENTATO AL PAZIENTE O AL FAMILIARE PER LA SCELTA DEL
TECNICO ORTOPEDICO:

AZIENDA SANITARIA LOCALE DISTRETTO DI RIMINI
U. O. ASSISTENZA RIABILITATIVA E PROTESICA
via Tiberio, 26 Rimini

Dichiaro di:

- 1) essere stato informato del diritto di libera scelta dell'utente (in caso di prescrizione di ortesi, protesi ed ausili) della ditta fornitrice, come previsto dall'art. 19 della legge 23 Dicembre 1978 n° 833;
- 2) aver scelto in piena libertà la
ditta.....

Data.....

Firma.....

