



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Centro Orientamento Formazione Sviluppo
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2004/2005

Vivere oltre cento anni in ambiente domestico

FILOMENA

CANDIDATO: Carla D'Amato

***Abstract.** Filomena ha superato i 102 anni. Dopo una vita di lavoro (è stata collaboratrice domestica in una famiglia di cui ha conosciuto cinque generazioni) durante la quale non ha mai accusato seri problemi di salute, vedova e senza figli, all'età di 98 anni, ha lasciato la casa in cui si era ritirata da pensionata per trasferirsi presso la più giovane della famiglia presso la quale aveva sempre lavorato. Questo elaborato riguarda il progetto di vita messo a punto per Filomena, da lei condiviso, quale considerato in relazione al prevedibile progressivo degrado delle funzioni motorie nel processo biologico di senescenza ed al manifestarsi, nel tempo, anche di deficit cognitivi. Sensibilizzata la famiglia che aveva inteso avere cura dell'anziana ai problemi cui sarebbe andata incontro, è stato necessario adottare degli accorgimenti pratici sulla sistemazione del nuovo habitat e fornire alcuni ausili essenziali. Gli ausili indicati sono stati: il letto ortopedico regolabile in altezza a due snodi, il materasso antidecubito ad aria compressa, la carrozzina ad autospinta, poi dotata di cuscino antidecubito, la sedia a comoda e, successivamente, lo sgabello per il box doccia ed il supporto per alzarsi dal letto.*

Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:

Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich

1. Sintesi del progetto

La protagonista

Filomena ha superato da poco i centodieci anni.

Vedova, senza figli, da quando aveva sedici anni e sino ai sessantacinque anni ha lavorato come collaboratrice domestica sempre presso la stessa famiglia, assunta a suo tempo dalla trisavola della quarantenne signora presso la quale attualmente vive.

Quando ha smesso di lavorare, già vedova, si è ritirata in un monolocale organizzandosi una vita totalmente indipendente, mantenendosi attiva anche sostituendo le portinaie del quartiere nei periodi delle loro vacanze.

E' così vissuta serenamente per più di trenta anni, coltivando i suoi affetti nei costanti rapporti con la famiglia dei suoi ex datori di lavoro, senza apprezzabili problemi di salute ed osservando una sua personalissima dieta, essenzialmente a base di briòches e coca-cola.

A suo dire, solo verso i novantacinque anni ha avvertito i primi segni di decadimento, tra i quali essa annovera, con grande rammarico, quello di non essere stata più in grado di usare i tacchi a spillo.

Quando aveva novantotto anni Filomena cadde nottetempo, nella sua abitazione, rimanendo a terra tutta la notte, sicché all'alba, soccorsa da una vicina che l'aveva trovata in un lago di sangue per i numerosi tagli prodottile dalle schegge di uno specchio trascinato con sé nella caduta, venne ricoverata in ospedale.

Nell'occasione, al di là della diagnosi con cui veniva dimessa all'esito dei diversi esami praticati - "gastropatia atrofica con ulcerazioni a sfondo fibrinoso, ernia iatale da scivolamento, ipertensione arteriosa" - che la costringeva ad un radicale mutamento delle sue abitudini alimentari, risultò chiaro come Filomena avesse subito un sensibile degrado delle funzioni motorie che rendeva problematico il suo rientro a casa e la ripresa del suo stile di vita senza alcun appoggio e riferimento.

Filomena accettò quindi l'offerta di trasferirsi presso l'ultima maritata della famiglia dei suoi ex datori di lavoro. Fu questa a chiamarmi, nel 2001, quando ancora Filomena era ricoverata, per valutare sotto ogni profilo le implicazioni e le modalità di tale trasferimento.

Obiettivi dell'intervento

L'obiettivo era quello di rendere possibile una nuova sistemazione "familiare" di Filomena, evitando l'interessamento di altre strutture.

Dopo aver chiarito con Filomena le sue esigenze ed averne valutato le condizioni, in particolare le difficoltà motorie, sensoriali (per diminuzione dell'acuità visiva, difficoltà di messa a fuoco di oggetti distanti nonché di percepire contrasti cromatici deboli) e cognitive (per deficit di attenzione suscettibili di causare comportamenti pericolosi) che essa poteva incontrare nell'interazione con lo spazio, ho voluto subito conoscere l'ambiente abitativo e domestico che avrebbe dovuto accoglierla.

L'appartamento in questione è ubicato al piano primo di un vecchio stabile munito di ascensore, cui si accede, peraltro, al culmine di una rampa di una decina di gradini. Nell'ascensore, di dimensioni ridotte, una carrozzina può entrare solo se chiusa.

E' apparso dunque evidente che - volendosi escludere l'installazione di un montascale stante l'opposizione del condominio - in tempi prossimi sarebbe stato tutt'altro che agevole, senza l'assistenza di persona prestante, portare Filomena fuori casa per una passeggiata o per prendere un po' d'aria nel giardino condominiale (l'appartamento non ha balconi), a sua volta non accessibile dal piano strada ma solo attraverso una piccola scalinata.

Lo spazio abitativo, ben distribuito, risultava adeguato e non necessitante interventi strutturali neppure in prospettiva, apparendo sufficiente solo una diversa dislocazione di alcuni mobili per facilitare la manovra di una carrozzina e rendere più agevoli gli spostamenti autonomi, oltre che meno pericolosa la deambulazione di cui Filomena era ancora capace.

La stanza messa a disposizione di Filomena era abbastanza ampia, sufficiente ad ospitare un letto ortopedico, per gestire al meglio, in particolare, i problemi circolatori e respiratori nonché quelli

connessi con la diagnosticata ernia iatale, una sedia a comoda, necessaria ad evitare trasferimenti notturni in bagno, ed una carrozzina; quest'ultima ritenuta ausilio da utilizzare, inizialmente, solo nei momenti in cui l'anziana avesse avvertito una particolare stanchezza. La stanza era inoltre dotata, oltre che di un piano d'appoggio a parete, di un piccolo armadio a muro con conseguente assenza di ingombri o difficoltà per la manovra della carrozzina. Porte e corridoio erano accessibili come spazi di rotazione. Non presentava difficoltà l'accesso ad un piccolo bagno posto a pochi passi dalla stanza di Filomena, dotato di un box doccia.

Gli obiettivi di assicurare a Filomena – persona semianalfabeta, senza interessi e curiosità al di fuori della sua cerchia di conoscenze – una buona qualità di vita, limitandone al massimo le condizioni di dipendenza, di prevenire nei limiti del possibile l'insorgere di complicanze nel processo di invecchiamento, di escludere fattori ambientali e comportamentali suscettibili di incidere negativamente su di questo, ponevano quindi una serie di problemi, anche nella prospettiva di crescita delle difficoltà motorie dell'anziana:

- consentire, per quanto possibile, un'autonoma mobilità, per relazionarsi con l'ambiente nel modo migliore, anche continuando a compiere le piccole attività della vita quotidiana di cui ancora era capace;
- migliorare la postura ed agevolare i cambi posturali, necessari ad evitare i problemi connessi alla scarsa mobilità
- assicurare un'agevole effettuazione dell'igiene personale, necessaria sia per far sentire l'anziana sempre a proprio agio ed in ordine con sé stessa, sia come esercizio utile anche a prevenire complicanze;
- prevenire la formazione di piaghe, evitare cioè lesioni da decubito in una situazione di scarso movimento e di progressivo protrarsi del tempo trascorso a letto;
- garantire la massima agibilità possibile all'interno dell'abitazione, ampliando ove necessario gli spazi di circolazione con eliminazione di ingombri ed elementi suscettibili di creare inciampo.

Ciò per assicurare, anche in prospettiva, la possibilità di spostamento in altre stanze al fine di favorire il mantenimento di un certo grado di socializzazione necessario per conservare al meglio le facoltà cognitive ed espressive ed evitare comunque depressioni da "ghettizzazione" o isolamento. Con l'aumentare dell'età gli anziani tendono infatti a trascorrere nella camera da letto una parte sempre maggiore del loro tempo, anche per un accrescimento di insicurezza di cui occorre tener conto. Se da un lato è opportuno adottare accorgimenti idonei a far sì che la camera da letto offra effettivamente quella sicurezza che l'anziano vi cerca, dall'altro è comunque necessario evitare che l'anzidetto comportamento possa tradursi in forme di apatia e di deleterio lasciarsi andare.

Le soluzioni adottate

Per risolvere gli accennati problemi, tra loro all'evidenza interconnessi, ho ritenuto opportuna la predisposizione di una serie di ausili: da subito il posizionamento nella stanza di Filomena di un letto ortopedico regolabile in altezza, con materasso antidecubito ad aria compressa, la dotazione di una sedia comoda e di una carrozzina.

Essenziale per la riuscita del progetto di assicurare a Filomena una buona qualità di vita nel progressivo degrado delle sue funzioni motorie e ritardare il manifestarsi anche di deficit cognitivi, era, comunque, il pieno coinvolgimento della famiglia che l'aveva accolta.

Questa non solo doveva essere istruita circa il modo migliore di utilizzo degli ausili ma doveva essere resa consapevole dell'importanza di far sentire Filomena non come la destinataria (o peggio l'oggetto) di una loro attività assistenziale ma come una componente del nucleo familiare, partecipe per quanto possibile degli interessi e dell'iniziativa di questo ancora alla sua portata.

In altri termini, si doveva assicurare a Filomena un ambiente confortevole anche sul piano affettivo e non solo sul piano pratico, non facendole pesare l'aiuto di cui, nei diversi momenti, avesse avuto bisogno.

Ho chiarito, in ogni caso, come fosse essenziale stimolare ed aiutare Filomena ad essere abile in quelle attività in cui, nelle diverse circostanze, poteva essere ancora capace, evitando di sostituirsi a lei anche se compiva errori o si mostrava impacciata e facendola esercitare per potenziare o comunque

sfruttare al meglio le risorse ancora possedute (cognitive e neuro muscolari) ovvero addestrandola a manovre compensative. Ciò per favorirne autonomia ed indipendenza, o, se si vuole, per limitarne la necessità di assistenza, ed evitare comunque perniciose passività.

In particolare, per le attività della vita quotidiana in ambito domestico implicanti una serie di movimenti pensati o di gesti automatici nell'uso di oggetti e dello spazio, Filomena andava assistita nelle sequenze più strutturate e complesse (come il lavarsi ed il vestirsi) e sollecitata in quelle più semplici (come il mangiare).

Ho sottolineato, inoltre, dandone pratica dimostrazione nei successivi interventi diretti, come fosse ugualmente essenziale, anche per ridurre l'ansia e la paura d'incapacità di Filomena (conseguente in particolare all'episodio che ne aveva determinato il ricovero in ospedale), il momento della comunicazione, con la stimolazione tanto del canale vocale-uditivo per i messaggi verbali (uso di parole, del sistema intonazionale, del sistema paralinguistico: inflessioni vocali, pause, intercalari, tono), quanto del canale visivo-gestuale per i messaggi non verbali (mimica facciale, gesti espressivi, posture, movimenti del corpo, cioè cinesica e prossemica).

In tutto questo percorso, gli ausili adottati sono stati i seguenti:

- letto ortopedico regolabile manualmente: "letto regolabile due" della Chinesport (scheda n. 9302 nel portale SIVA);
- materasso antidecubito: modello "Excel 1000 Apex" della Moretti (scheda n. 17941 nel portale SIVA);
- carrozzina ad autospinta posteriore: modello "Euro 12" della Surace (scheda n. 3823 nel portale SIVA);
- sedia a comoda: modello "424 Stellina" della Surace (scheda n. 58 nel portale SIVA);
- cuscino antidecubito: modello "Compact" della Mediland (scheda n. 12235 nel portale SIVA);
- sgabello per doccia: modello "Hydraia 9680 E" della Invacare (scheda n. 16800 nel portale SIVA);
- supporto per alzarsi: modello "A9042" della KSP Italia (scheda n. 16914 nel portale SIVA);

Valutazione dell'esperienza

I risultati dell'intervento – iniziato, si ricorda, quando Filomena aveva già compiuto novantotto anni – può considerarsi soddisfacente.

Filomena ha raggiunto la ragguardevole età di centodue anni senza il manifestarsi di patologie connesse alla sua scarsa mobilità, con un più che buono grado di lucidità e senza un particolare aggravio delle sue necessità di assistenza. Essa è ancora autonoma, con la carrozzina ad autospinta, nei piccoli spostamenti in casa, lo è negli spostamenti nel letto e può considerarsi autonoma nel gestire la parte superiore del corpo sia nell'abbigliamento che nell'igiene personale.

L'iniziale dotazione di ausili si è dovuta integrare, nel tempo, solo con l'utilizzo di un seggiolino e di un tappetino antisdrucchiolo per il box doccia. Da ultimo, peraltro, è stato necessario montare le spondine del letto ed installare un supporto per alzarsi (o muoversi meglio nel letto) senza necessità di aiuto altrui.

Sino ad un anno fa, quando aveva ormai superato i centouno anni, Filomena è stata in grado di alternare alla carrozzina una sia pur limitata deambulazione autonoma, tanto da riuscire spesso a recarsi in bagno, nottetempo, senza aiuto altrui. Ciò disattendendo le raccomandazioni a far uso della sedia comoda posizionata accanto al letto.

Tuttavia il ripetersi di alcune *scivolate* a terra nello scendere dal letto (per fortuna prive di importanti conseguenze), con incapacità di rialzarsi, ha costretto, come già detto, a montare al letto le sbarre laterali, per impedire le sempre più pericolose passeggiate notturne, ed a far uso, quindi, dei "pannoloni". Filomena percepisce tale misura, che le impedisce di alzarsi a suo piacimento, come una non giustificata imposizione, alla quale non si è abituata né rassegnata.

2. Premesse teoriche

Motivazioni per la scelta del caso

Nel progressivo aumento del tasso di invecchiamento della popolazione nei paesi industrializzati, assume un particolare rilievo sotto il profilo socio-sanitario il problema del vivere dell'uomo con i propri deficit, fisici e mentali, usando al meglio delle capacità residue per l'esercizio delle necessarie funzioni.

Anche nel caso di invecchiamento fisiologico (non accompagnato, cioè, da malattie specifiche ed in particolare da malattie croniche ad andamento degenerativo ed invalidante), per la naturale progressiva riduzione delle capacità funzionali dell'organismo del soggetto anziano può determinarsi una dipendenza da altri per l'espletamento delle normali attività della vita quotidiana.

Si giustifica quindi, nell'attuale contesto socio-economico, la sempre maggiore attenzione che viene rivolta al problema degli anziani.

Nella prospettiva di assicurare ad essi una funzionalità globale che, nelle diverse situazioni soggettive, consenta il miglior livello possibile di qualità della vita (intesa come esistenza fisica e presenza relazionale) nelle sue varie dimensioni (in particolare, secondo (Spilker, 1996): stato fisico e capacità funzionali, stato psicologico, interazioni sociali) un ruolo fondamentale assume la strategia di assistenza incentrata sulla considerazione delle specifiche necessità dell'anziano in un ambiente suo proprio, per prevenire o limitare al massimo condizioni di dipendenza, fuori delle strutture sanitarie/assistenziali.

Il caso considerato nel presente elaborato, riferito a soggetto attualmente ultracentenario, appare emblematico dei buoni risultati al riguardo ottenibili.

L'intervento privato oggetto della presente relazione risale, nel suo momento iniziale, a circa quattro anni fa, quando già avevo maturato un'esperienza quasi quindicennale quale terapeuta occupazionale nell'ambito di un'equipe di riabilitazione ospedaliera.

Dopo il diploma universitario di terapeuta della riabilitazione, mi sono formata nella specifica disciplina della terapia occupazionale attraverso l'insegnamento sul campo dei tre primari con i quali ho avuto l'occasione di lavorare, grazie ai quali ho potuto approfondire le basi teoriche degli interventi attuati nella struttura ospedaliera specificamente dedicata alla riabilitazione neuro-motoria.

Nella pratica ospedaliera mi interessò istituzionalmente delle problematiche legate alla dimissione del paziente ed in particolare del suo rientro a domicilio, attraverso lo studio – anche in base a simulazioni, interviste con i familiari e verifiche in pianta dell'abitazione – della situazione ambientale in cui il paziente verrà a trovarsi. Il sopralluogo domiciliare, che pur non rientra tra le prestazioni offerte dall'Ospedale, viene attuato su base volontaristica dal singolo terapeuta qualora lo ritenga comunque necessario.

Ho accompagnato la pratica lavorativa sia con lo studio dei testi pubblicati a cura dell'Associazione Italiana Terapisti Occupazionali oltre che di quelli suggeritimi dagli stessi miei primari – tra i quali ultimi “Consigliare gli ausili” (Andrich, 1996), “Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio” (Cavicchioli, Corbetta et al., 2002) – sia con la partecipazione a numerosi corsi di formazione, riguardanti le dinamiche psicologiche nella relazione con il paziente (tra gli altri: “Terapia occupazionale e psicoanalisi”, Milano 2001) nonché la valutazione funzionale di questo e le conseguenti scelte dei tipi di ausilio (tra i più recenti: “Il ruolo della terapia occupazionale con il paziente anziano” Roma 2002; “Il Setting in terapia occupazionale”, Roma 2002; “La postura: valutazione, ausili e rieducazione”, Bologna 2003; “La postura seduta e la personalizzazione della carrozzina” Roma 2004; “Sviluppando opportunità e potenzialità; evoluzione della terapia occupazionale e potenzialità dell'autonomia degli utenti attraverso una buona pratica riabilitativa”, Napoli 2005).

Nello specifico campo geriatrico il problema che si pone per l'anziano non affetto da particolari patologie (o anche affetto da malattie croniche) non è il “guarire” ma il vivere al meglio delle proprie funzioni, confrontandosi e “dialogando” con le disabilità che caratterizzano la sua condizione. Per esso il concetto di salute si sostanzia nella capacità di contenere e compensare difetti e perdite di abilità in modo di rallentare il processo di invecchiamento.

Del Barone, nella prefazione a (Cavicchioli, Corbetta et al., 2002) precisa che “...al binomio salute-assenza di malattia si è andato progressivamente sostituendo quello di salute-possibilità e capacità di convivere con i propri deficit, sia fisici che mentali”. Poiché le persone reagiscono in base alla propria percezione soggettiva delle situazioni che le riguardano (“stato di salute soggettivo”), per valutare limiti e possibilità di successo di un programma di intervento è sempre importante in geriatria l’analisi del modo in cui l’anziano affronta cognitivamente la situazione.

Al riguardo può ritenersi acquisito che in un contesto familiare una persona anziana possa ricevere stimoli maggiori per prevenire o ritardare la degenerazione correlata all’età.

In questa prospettiva vengono ridefiniti i modelli di intervento ed i relativi presupposti teorici, valorizzando le risorse tecnologiche e umane che possono essere utilizzate in detto contesto. Viene dunque in primaria considerazione un’assistenza domiciliare, non legata all’operatività ed ai condizionamenti della struttura sanitaria.

In tale tipo di assistenza, anche tenuto conto del principio “*aiutate rifiutando di aiutare*”, cui ci si deve attenere nella cura degli anziani per non concedere loro troppe attenzioni ed indurli a comportamenti indesiderati che ne aumentino la dipendenza (Lehr, in Meier-Ruge, 1990), presenta assoluto rilievo l’utilizzo di opportuni ausili che favoriscano il senso di efficacia nell’interazione con l’ambiente e quindi un’autostima dell’anziano essenziale ai fini della sua autonomia.

Strumenti particolarmente utili, al riguardo, risultano lo SCAI (Andrich, Moi, 1998) per quantificare i costi finanziari e sociali dei progetti di intervento ed il Portale SIVA (www.portale.siva.it) per conoscere i tipi di ausili disponibili con le rispettive caratteristiche.

Il corso di Perfezionamento Universitario 2004-05 “Tecnologie per l’Autonomia”, seguito presso la Fondazione Don Gnocchi di Milano, mi è stato di grande utilità consentendomi una riflessione teorica sul dato esperienziale e di riportare a nuove conoscenze, in particolare sul versante dell’analisi dei costi dei singoli interventi, l’esperienza professionale già maturata.

Difficoltà incontrate

Il fatto che l’ascensore dello stabile ove Filomena è ospitata non sia al piano della strada ha rappresentato una difficoltà a partire dal momento in cui l’uso della carrozzina è divenuto una necessità pressoché costante.

Portare Filomena fuori casa per una “boccata d’aria” (l’appartamento non ha balconi) è divenuto possibile solo con la disponibilità di persona in grado di caricarsi la carrozzina per i dieci gradini che separano l’ascensore dall’ingresso dello stabile.

Se altri problemi materiali di un certo rilievo non si sono manifestati, va invece annoverata tra le difficoltà ed ha richiesto l’uso di molta pazienza e forza di persuasione la “testardaggine” dell’anziana, che, ritenendo di poter rivendicare un’autonomia superiore a quella di cui era effettivamente capace, ha talvolta disatteso le raccomandazioni di sicurezza impartitele, troppo presumendo dalle sue forze. In particolare, negli ultimi tempi, ha vissuto come frustrante mortificazione la messa in opera delle sponde del letto e l’uso dei pannoloni, con un atteggiamento oppositivo che si è riflesso negativamente sul piano psicologico e produttivo anche di qualche tensione nell’ambito della pur paziente e comprensiva famiglia ospite.

Valutazione complessiva dell’esperienza

L’esperienza deve essere valutata positivamente nel suo complesso. Si sono evitati gli inconvenienti propri di una scarsa mobilità e, nel contempo, si sono ritardati sensibilmente i fenomeni negativi che, in via generale, accompagnano e caratterizzano l’invecchiamento (in particolare i deficit cognitivi e sensoriali).

L’efficacia dell’intervento appare dal fatto di essere riusciti ad assicurare ad un’anziana già novantottenne ed attualmente ultracentenaria, con il supporto degli ausili prescritti, un livello di autosufficienza che ha consentito di mantenere un grado soddisfacente di socializzazione ed una vita familiare nel cui ambito è stata contenuta al minimo la necessità di aiuto all’anziana per lo svolgimento delle attività quotidiane della persona.

Nel contempo gli interventi hanno mostrato tutta la loro utilità, alleggerendo non di poco la preoccupazione di Filomena di essere un peso eccessivo per la famiglia ospitante. Il fatto poi che, al di

là dell'investimento iniziale cui ha provveduto tale famiglia, Filomena sia stata in grado di fronteggiare con la sua pensione le spese correnti e personali le ha assicurato tranquillità con sicuro riflesso positivo sulla sua situazione psicologica.

Significativamente, Filomena ha mantenuto come punto fermo la cura di sé, conservando anche un certo grado di civetteria che si manifesta con l'uso di collane e di altri monili a suo gusto.

3. Quadro clinico

Filomena, pensionata semianalfabeta, ha superato i centodue anni di età. L'ho conosciuta quando aveva novantotto anni.

Solo due/tre anni prima, come da lei riferito, aveva accusato un degrado delle funzioni motorie che aveva determinato alcune cadute in esito ad una delle quali era stata poi ricoverata nell'ospedale dal quale stava per essere dimessa, con la diagnosi di: "gastropatia atrofica con ulcerazioni a sfondo fibrinoso, ernia iatale da scivolamento, ipertensione arteriosa".

Filomena presentava una riduzione della mobilità per declino funzionale dovuto a fattori eziologici propri dell'invecchiamento, diminuzione della forza muscolare, dell'acuità visiva, della percezione della profondità e rallentamento dei riflessi di postura. Nella deambulazione procedeva con base allargata, piccoli passi e soste frequenti.

Sufficientemente orientata nel tempo e nello spazio, mostrava saltuariamente un calo di attenzione nell'esecuzione di compiti complessi e lieve difficoltà mnemonica relativa a memoria a breve termine.

Poiché appariva inopportuno che essa tornasse a vivere da sola, si doveva decidere se istituzionalizzarla ovvero fosse possibile accoglierla presso una famiglia amica senza eccessivo aggravio per questa.

Il problema che mi veniva proposto concerneva dunque la possibilità di organizzare la vita di Filomena presso una famiglia disposta ad ospitarla, contenendo al massimo il carico assistenziale di questa nelle attività della vita quotidiana.

4. Contesto

Filomena, ultima di quattro fratelli, rimasta orfana nella prima infanzia, ha lasciato il paese di origine all'età di sedici anni per andare a lavorare come collaboratrice domestica.

Non ha più avuto contatti con i fratelli, che le sono premorti, e non sa riferire nulla in ordine ad essi ed alle rispettive famiglie. E' vedova da più di cinquanta anni e non ha figli.

Ha lavorato sino a sessantacinque anni sempre presso la stessa famiglia, di cui ha conosciuto cinque generazioni. Ha poi vissuto da sola sino ai novantotto anni di età.

Il nucleo familiare presso il quale è attualmente ospite è composto, oltre che dalla signora che l'ha accolta definitivamente presso di sé – casalinga sulla quale grava per la massima parte l'attività di assistenza a Filomena – dal marito di questa, professionista, e da due figli che avevano all'epoca tredici ed undici anni (ora studenti di diciassette e quindici anni).

L'appartamento è di cinque stanze, tutte spaziose, una delle quali è riservata a Filomena. Esso non presenta problemi per la manovra della carrozzina.

Problemi si sono manifestati invece per portare Filomena fuori di casa da quando essa è stata costretta a far uso pressoché costante della carrozzina, perché l'ascensore dello stabile (tra l'altro di ridotte dimensioni e non in grado di accogliere una carrozzina con l'anziana seduta) non è al livello del piano della strada ed è stata esclusa l'installazione di un montascale, (stante l'opposizione del condominio ex art. 1120, comma 2, C.C., richiamato nell'art. 2 della legge n. 13 del 1989).¹

¹ La legge 9 gennaio 1989 n. 13 reca disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati. L'art. 1120, comma 2, del codice civile vieta le innovazioni che possono recare pregiudizio alla stabilità o alla sicurezza del fabbricato, che ne alterino il decoro architettonico o che rendano talune parti comuni dell'edificio inservibili all'uso o al godimento anche di un solo condomino.

Favorisce la socializzazione anche la frequentazione della casa da parte di amici dei due ragazzi, che amano talvolta intrattenersi con "la centenaria" per saggiarne la lucidità.

5. Contatto iniziale

E' stata la signora che aveva deciso di accogliere Filomena in casa propria che mi ha contattato, quando Filomena stava per essere dimessa dall'ospedale, perché valutassi i problemi che anche in prospettiva si sarebbero posti e ne verificassi la possibilità di adeguata soluzione.

La signora si è rivolta a me su indicazione di una sua amica per la quale avevo organizzato il rientro a casa della madre, già ricoverata nell'ospedale presso il quale lavoro per curare gli esiti di un *ictus cerebri*.

E' innegabile il vantaggio che, dal punto di vista funzionale, trae l'anziano dal permanere in un ambiente domestico, fruendo di un'assistenza familiare. Esso, in presenza di una riduzione dell'efficienza personale che ne compromette l'autonomia o indipendenza, vive di norma il ricovero in un istituto specializzato come un momento di emarginazione, che porta a stati di depressione e di apatia.

Rimanendo invece in un ambiente conosciuto, mantiene più a lungo le abilità residue anche grazie alla memoria procedurale ed agli input che più facilmente riceve per un migliore utilizzo delle sue risorse.

Di ciò ben consapevole, ho rappresentato a Filomena i vantaggi della soluzione prospettata, che lei ha accettato e condiviso, valutando insieme i disagi ed i rimedi possibili.

Oltre ad effettuare un sopralluogo nell'appartamento ove Filomena sarebbe stata accolta – per valutarne le caratteristiche e l'eventuale necessità di adeguamenti, al fine di agevolare le attività dell'anziana e garantirne la sicurezza – ho voluto incontrare tutti i componenti della famiglia ospitante, per rappresentare ad ognuno di essi le implicazioni che avrebbe avuto l'attuazione del progetto di assistenza a Filomena nel contesto familiare, in relazione alle esigenze della medesima.

6. Obiettivi del progetto

Nella prospettiva di un progressivo scemare della capacità motoria di Filomena, la cui diminuzione aveva determinato le sue recenti cadute, gli obiettivi del progetto di assistenza familiare, in presenza anche di problemi dell'apparato digerente già di per sé necessitanti di interventi mirati ad evitare il rischio di complicanze, consistevano essenzialmente nel:

- garantire la migliore mobilità all'interno dell'abitazione;
- permettere i trasferimenti senza particolari problemi per i componenti della famiglia ospite;
- prevenire la formazione di lesioni da decubito e l'aggravamento dell'osteoporosi in una situazione di scarso movimento e di progressivo prolungamento del tempo trascorso in letto;
- assicurare un'agevole effettuazione dell'igiene personale;
- ritardare il manifestarsi dei deficit legati all'invecchiamento.

A quest'ultimo riguardo è stato considerato importante, in particolare, il mantenimento/recupero della capacità di vestirsi.

L'abbigliamento, al di là della funzione primaria di proteggere la persona dal freddo e dal caldo in relazione alle condizioni ambientali, influisce, infatti, nel modo di presentazione della propria immagine, esprime i propri valori ed assume notevole rilievo per il benessere psicologico dell'individuo. Un aspetto curato dà sicurezza e fiducia anche se i cambiamenti fisici associati al processo di invecchiamento possono rendere problematica l'accettazione di nuove rappresentazioni di sé stessi. In ogni caso è opportuno stimolare l'anziano a scegliere, quando possibile, l'abbigliamento preferito, per evitare la perdita dei gusti personali e rallentare comunque i processi di inabilità favoriti invece dalla rinuncia o dal disinteresse, che conducono ad un graduale abbandono di sé. Chi è depresso, o chi ritiene insormontabili le proprie difficoltà motorie, tende infatti a disinteressarsi completamente del proprio aspetto, innestando un circuito perverso di sovrapposizione di cause/effetti

(gli indumenti della notte mantenuti durante il giorno vengono spesso associati a malattia, debolezza, a stato di dipendenza).

Sotto altro profilo, quella del vestirsi/svestirsi è attività strutturata e complessa per la quale sono necessarie varie abilità a livello fisico e mentale. Essa richiede forza, equilibrio, coordinazione, motricità fine, possibilità di rotazione tra i due cingoli (scapolare e pelvico), mobilità, resistenza alla fatica, buona organizzazione spaziale e spazio temporale, nonché, come già accennato, motivazione. Costituisce quindi al tempo stesso un buon esercizio ed un obiettivo importante della riabilitazione.

7. Articolazione del progetto

In relazione all'accennata pluralità degli obiettivi avuti di mira possono qui considerarsi gli specifici interventi attuati, tutti, peraltro, tra loro correlati.

L'esigenza di prevenire il formarsi di lesioni da decubito congiunta a quella di far assumere a Filomena una posizione di riposo "rialzata", che evitasse complicanze dovute all'ernia iatale, ha giustificato la fornitura di un *letto ortopedico* regolabile in altezza con due snodi e di un materasso antidecubito ad aria a pressione alternata.

Solo di recente, come già precisato, sono state montate le *sponde di contenimento* ed è stato installato un supporto per aiutare Filomena a sollevarsi e spostarsi nel letto.

L'esigenza di assicurare comunque la mobilità all'interno dell'appartamento, è stata soddisfatta attraverso l'acquisizione di una *carrozzina pieghevole, superleggera, ad autospinta*.

Per evitare trasferimenti notturni si è collocata vicino al letto una *sedia a comoda*.

Quando l'aggravarsi progressivo dei problemi di deambulazione ha reso necessario un uso pressoché costante della carrozzina, con sensibile allungamento dei tempi di utilizzo, è stato posto su di essa un *cuscino antidecubito* in viscoelastico compatto, gel di uretano e fluo.

La cura dell'igiene personale, essenziale per far sentire Filomena a suo agio e rilevante anche sul piano psicologico, per impedire pericolosi rilassamenti, non ha comportato per i primi anni particolari problemi, anche per l'accessibilità al bagno della carrozzina, dalla quale era possibile far uso del lavabo.

Nel tempo, per la manifestata difficoltà di mantenere a lungo la stazione eretta, si è peraltro reso necessario dotare il box doccia di uno *sgabello doccia* per consentire all'anziana, in piena sicurezza, una meno faticosa e più agevole pulizia integrale.

I trasferimenti dal letto alla carrozzina ed il raggiungimento del box doccia sono stati resi sempre possibili, anche nel diminuire dell'autosufficienza di Filomena, dalla collaborazione dei componenti della famiglia ospitante adeguatamente addestrati.

La costante applicazione alle attività della vita quotidiana, *in primis* quella dell'*abbigliamento*, sollecitata dalla famiglia ospitante, la dotazione di un televisore come svago ed occasione di esercizio di attenzione, il collocamento del letto in posizione tale da consentire un contatto sia con l'esterno, attraverso la finestra, sia con il contiguo ambiente familiare, attraverso la porta della stanza lasciata quasi costantemente aperta, nonché un pur breve scambio colloquiale quotidiano con i vari componenti della famiglia ospitante e con la persona addetta all'aiuto domestico, secondo le mie raccomandazioni, ha contribuito a ritardare la sintomatologia dell'invecchiamento anche sul piano cognitivo.

La signora che ha accolto Filomena a casa propria, aggregandola di fatto al suo nucleo familiare, di condizioni economiche agiate, ha per sua scelta ritenuto di provvedere direttamente a sue spese all'acquisizione degli ausili consigliati, senza coinvolgere strutture pubbliche e valersi di agevolazioni.

Per ragioni di urgenza, nell'imminenza della dimissione di Filomena dall'ospedale, la signora ha acquistato un modello di letto ortopedico, rispondente alle caratteristiche funzionali che le avevo indicato, disponibile presso il magazzino di articoli sanitari di cui si era altre volte servita. Ugualmente dicasi per il materasso antidecubito.

La scelta del modello della carrozzina e della comoda, nonché, successivamente, quella del cuscino antidecubito, è stata invece il frutto di una comparazione sulla base dei principi di Batavia / Hammer (Batavia e Hammer, 1990) citati in "Consigliare gli ausili" (Andrich, 1996, pagg. 27, 28).

I criteri di Batavia /Hammer

1. *Accessibilità economica: compatibilità con quanto l'utente o l'Ente pubblico è disposto a spendere, considerando non solo i costi di acquisto, ma anche gli eventuali costi di personalizzazione, installazione, addestramento all'uso, manutenzione e assicurazione.*
2. *Compatibilità tecnica: la compatibilità con altri ausili che la persona utilizza o utilizzerà nel futuro: un cuscino, ad esempio, dovrà essere di dimensioni tali da essere adeguato alla carrozzina; un ausilio software dovrà essere compatibile con il computer.*
3. *Riparabilità autonoma: il grado in cui l'utente o i suoi famigliari o assistenti potranno provvedere alle riparazioni (oltre a valutare quali potranno essere i guasti più probabili e l'attitudine di quel determinato utente a ripararli, occorrerà accertare la disponibilità del corredo di attrezzi necessari).*
4. *Affidabilità: non è definibile in assoluto l'affidabilità di un ausilio, vanno invece accertate le condizioni d'uso (es. per le carrozzine elettriche il tipo di terreno, la pendenza massima, la temperatura esterna, il metodo di caricamento della batteria ecc....) il cui rispetto garantisce la sicurezza e il corretto funzionamento: l'utente deve essere messo a conoscenza delle condizioni d'uso che possono esporre a guasti e malfunzionamenti.*
5. *Durabilità: il periodo d'uso per il quale è garantito un corretto funzionamento e le operazioni di manutenzione necessarie affinché il prodotto duri il maggior tempo possibile.*
6. *Facilità di montaggio: fino a che punto l'utente in grado di assemblare e installare autonomamente l'ausilio o necessita invece di assistenza specializzata.*
7. *Facilità di manutenzione: il grado in cui l'utente può provvedere autonomamente alle manutenzioni essenziali per la curabilità del prodotto (è essenziale verificare in tal caso anche l'esistenza di un manuale di manutenzione e la disponibilità del corredo di attrezzi necessario).*
8. *Efficacia: la capacità di un ausilio di apportare un reale miglioramento alla qualità di vita della persona e di rispondere alle aspettative senza controindicazioni in altri aspetti della vita quotidiana.*
9. *Flessibilità: la disponibilità di accessori e la facilità di personalizzazione per adattarsi ad esempio alla crescita corporea dell'utente o all'ampliamento delle esigenze di autonomia.*
10. *Facilità di apprendimento: l'attitudine di quel determinato utente ad apprendere il corretto uso o comunque la disponibilità di un adeguato servizio di addestramento.*
11. *Manovrabilità: il grado in cui l'ausilio può essere controllato e manovrato in modo affidabile dall'utente e l'impegno fisico e psicologico richiesto a tale scopo.*
12. *Accettabilità personale: il grado in cui l'utente si sente a proprio agio nell'uso dell'ausili, soprattutto nel presentarsi in pubblico (un design appropriato spesso facilita l'accettazione).*
13. *Comfort: la comodità dell'ausilio o gli adattamenti possibili per migliorarla.*
14. *Sicurezza: le condizioni in cui l'ausilio non arreca danni all'utente o ad altre persone (ulcere da decubito, infezioni) o è predisposto per prevenire incidenti.*
15. *Trasportabilità: la facilità o le condizioni in cui l'ausilio può essere trasportato o reso operativo in un altro posto.*
16. *Assicurabilità: la possibilità di tenere l'ausilio sotto controllo al fine di prevenire furti o vandalismi (per certi ausili può essere necessario prevedere un sistema di allarme e una polizza di assicurazione).*
17. *Servizio di riparazione: la disponibilità di un servizio di manutenzione e riparazione da parte della ditta fornitrice, la sua affidabilità e sollecitudine (la ditta assicura riparazioni a domicilio? Quanto tempo occorrerà per riavere l'ausilio?), le eventuali condizioni di garanzia*

Tenuto conto dell'età di Filomena e dei problemi posturali che anche in prospettiva si sarebbero manifestati, ho ritenuto di orientarmi su di una **carrozzina manuale, ad autospinta posteriore**, con ruote posteriori grandi estraibili, quindi anche facilmente trasportabile, di buona maneggevolezza e manovrabilità, suscettibile di essere usata in modo autonomo e corretto dall'anziana.

Ho tenuto conto al riguardo dell'importanza delle misure della carrozzina: la larghezza corretta della seduta serve a mantenere stabile il bacino, contrastandone una posizione asimmetrica; la lunghezza della seduta deve consentire la distribuzione del peso del tronco sulla maggior superficie di appoggio possibile, l'altezza della seduta deve consentire l'appoggio a terra di tutta la pianta del piede.

Inoltre deve essere possibile appoggiare correttamente tutto il piede sull'appoggiapiede, il quale deve essere facilmente estraibile per facilitare i trasferimenti, ed i braccioli debbono essere di altezza regolabile.

Accantonate diverse soluzioni a causa della necessità di mantenere nel limite di 55 cm. la larghezza complessiva della carrozzina, per consentirne un non difficile passaggio attraverso i vani delle porte interne dell'abitazione, ho preso conclusivamente in esame la carrozzina Euro 12 Surace e la carrozzina super Sprint Berollka Aktiv.

	<i>Principi di Batavia/Hammer</i>	<i>Carrozzina Euro 12 Surace</i>	<i>carrozzina Super Sprint Berollka Aktiv</i>
1	Accessibilità economica	Alta	Media
2	Compatibilità tecnica	Alta	Alta
3	Riparabilità autonoma	Bassa	Bassa
4	Affidabilità	Media	Media
5	Durabilità	Alta	Alta
6	Facilità di montaggio	Bassa	Bassa
7	Facilità di manutenzione	Bassa	Bassa
8	Efficacia	Alta	Media
9	Flessibilità	Media	Media
10	Facilità di apprendimento	Media	Media
11	Manovrabilità	Media	Bassa
12	Accettabilità personale	Media	Bassa
13	Comfort	Alto	Medio
14	Sicurezza	Alta	Alta
15	Trasportabilità	Alta	Alta
16	Assicurabilità	Alta	Alta
17	Servizio di riparazione	Medio	Medio

Ho ritenuto di assegnare un valore prioritario agli aspetti inerenti all'efficacia, manovrabilità, accettabilità, comfort (e postura più corretta), in base ai quali la carrozzina **"Euro" 12 Surace** è quella che si è fatta preferire. Essa, del resto, oltre a rispondere pienamente alle esigenze considerate, risulta adeguata anche in relazione agli altri parametri: in particolare a quelli della durabilità, della trasportabilità e del servizio di riparazione.

L'opportunità di acquisire una **sedia a comoda con ruote** si poneva per evitare di doversi recare in bagno durante la notte. Al riguardo ho preso in esame: la sedia a comoda con ruote "Cascata H720T4C" Incavare e la sedia a comoda con ruote "424 Stellina" Surace

	<i>Principi di Batavia/Hammer</i>	<i>Cascata "H720T4C" Incavare</i>	<i>"424 Stellina" Surace</i>
1	Accessibilità economica	Media	Alta
2	Compatibilità tecnica	Media	Media
3	Riparabilità autonoma	Bassa	Bassa
4	Affidabilità	Media	Media
5	Durabilità	Alta	Alta
6	Facilità di montaggio	Alta	Alta
7	Facilità di manutenzione	Media	Media
8	Efficacia	Alta	Alta
9	Flessibilità	Bassa	Bassa
10	Facilità di apprendimento	Media	Media
11	Manovrabilità	Media	Media
12	Accettabilità personale	Media	Media
13	Comfort	Medio	Alto
14	Sicurezza	Media	Alta
15	Trasportabilità	Bassa	Alta
16	Assicurabilità	Alta	Alta
17	Servizio di riparazione	Medio	Medio

E' stata prescelta la sedia a comoda **"424" Stellina" Surace** tenuto conto del maggior comfort e della maggiore sicurezza offerti.

Quanto al **cuscino antidecubito**, la cui opportunità di utilizzo si è manifestata con il notevole prolungamento, nel corso degli anni, del tempo di uso della carrozzina, ho preso in esame: un cuscino "Compact" Mediland, in materiale viscoelastico compatto, gel di uretano e fluo ed un cuscino "Compact" Fumagalli, in gel e poliuretano espanso.

	<i>Principi di Batavia/Hammer</i>	<i>Cuscino "Compact" Mediland</i>	<i>Cuscino "Compact" Fumagalli</i>
1	Accessibilità economica	Alta	Alta
2	Compatibilità tecnica	Media	Media
3	Riparabilità autonoma	Bassa	Bassa
4	Affidabilità	Media	Media
5	Durabilità	Media	Media
6	Facilità di montaggio	Alta	Alta
7	Facilità di manutenzione	Alta	Media
8	Efficacia	Alta	Alta
9	Flessibilità	Bassa	Bassa
10	Facilità di apprendimento	Alta	Alta
11	Manovrabilità	Alta	Alta
12	Accettabilità personale	Alta	Media
13	Comfort	Alto	Medio
14	Sicurezza	Media	Media
15	Trasportabilità	Alta	Alta
16	Assicurabilità	Alta	Alta
17	Servizio di riparazione	Basso	Basso

La scelta è caduta sul cuscino *Compact Mediland* per il miglior comfort e la facilità di manutenzione.

Per l'installazione del *supporto per alzarsi o cambiare posizione nel letto*, accantonati i modelli con autonoma base di appoggio sul pavimento, apprezzabilmente più costosi, tra i modelli con fissaggio al letto è stato prescelto il modello *"A9042" KSP Italia* (fissaggio a vite), in ragione della sua adattabilità a tutti i tipi di letto e per le sue caratteristiche di regolabilità.

Quanto allo *sgabello per la doccia*, la ridotta ampiezza del relativo box ha fatto orientare la scelta sul modello *Invacare Hydraia 9680E*.

8. Risultati previsti e riscontrati

Le aspettative di Filomena erano quelle di evitare l'istituzionalizzazione e di riuscire ad inserirsi in un ambiente familiare conservando margini di autonomia tali da non gravare eccessivamente, da un punto di vista assistenziale, sulla famiglia che si era offerta di ospitarla.

Quest'ultima condizione le appariva essenziale per una questione di discrezione e di dignità. Le modalità dell'intervento dovevano quindi tener conto anche della necessità di evitare un disagio psicologico che avrebbe influito negativamente sul processo di invecchiamento di Filomena.

Di qui l'esigenza di far ricorso da subito ad ausili efficaci per compensare le progressive disabilità di Filomena e facilitare quindi lo stabilirsi di un equilibrio relazionale nel nuovo ambiente familiare.

La scelta di strumenti di facile uso e manutenzione, in grado di compensare le limitazioni funzionali presenti e di prevedibile evoluzione pur in un contenuto arco temporale, ha consentito di mantenere a livello apprezzabile le capacità residue di Filomena, migliorando nel contempo il suo rapporto di integrazione e partecipazione nell'ambiente familiare nel quale aveva ormai deciso di svolgere la sua vita.

Non dissimili da quelle di Filomena erano le aspettative della famiglia ospitante e mie.

I risultati, sostanzialmente, non hanno deluso le aspettative. Filomena è pervenuta all'età di 102 anni senza incontrare complicanze nel suo processo di invecchiamento, non soffre di piaghe da decubito e, grazie all'esercizio praticato ed all'automatismo e scioltezza di manovra acquisiti sin da quando la sua capacità di deambulazione non la costringeva ad un uso costante ed imprescindibile della carrozzina, ha ancora autonomia nella spinta di questa e quindi negli spostamenti tra le mura domestiche. Può inoltre ritenersi autonoma nell'igiene e nell'abbigliamento della parte superiore del corpo.

La necessità di assistenza è sostanzialmente limitata alla gestione del letto (regolazione dell'altezza, della testiera e della pediera, alzata e abbassamento delle spondine), al trasferimento letto/carrozzina ed all'igiene della parte inferiore del corpo (attualmente Filomena è costretta a far uso dei pannoloni). Incombenza, quest'ultima, affidata alla colf della famiglia ospitante debitamente addestrata.

Se non è possibile definire la misura della qualità dei risultati, tuttavia può dirsi che la situazione indicata, vissuta da Filomena con tranquillità psicologica (salvo l'insofferenza per le spondine del letto ed i pannoloni), viene ritenuta più che accettabile dalla famiglia ospitante perché consente a Filomena di rimanere sufficientemente integrata nel suo nucleo e non determina un'attività assistenziale continuativa né particolarmente pesante.

9. Relazione tecnica

Letto ortopedico

Letto in acciaio cromato, regolabile manualmente in altezza tramite manovella, con testiera e pediera allo stesso modo regolabili in inclinazione. Dotato di sponde di contenimento a traversine orizzontali. Assicura un sufficiente comfort nell'allettamento, facilita i cambi di posizione e consente una posizione di riposo "rialzata", essenziale per chi presenta problemi respiratori e per evitare rigurgiti dovuti ad ernia iatale.

Codice ISO: 18.12.07.003 (letto ortopedico) e 18.12.27.103 (spondine).

Prezzo € 692,05 + IVA

Materasso antidecubito

Materasso ad aria con compressore alternato, della ditta Moretti modello, Excel 1000, Apex, in PVC interamente lavabile, atossico, anallergico. Idoneo a prevenire le piaghe dovute a prolungato allettamento in soggetto a medio-basso rischio. Impedisce una pressione eccessiva sulle zone a rischio.

Codice ISO: 03.33.06.018

Prezzo € 110,30 + IVA

Carrozzina ad autospinta posteriore

La carrozzina ad autospinta posteriore è una Euro 12 della ditta Surace.

Telaio in alluminio e materiali speciali. Pieghevole, smontabile, con braccioli rimovibili/ribaltabili, appoggiapiedi estraibili, ruote posteriori grandi con meccanismo di estrazione rapida. Trasportabile nel bagagliaio di una macchina di medie dimensioni.

Dimensioni: larghezza sedile cm 42; altezza schienale cm 35; profondità sedile cm 44; altezza seduta cm 50; larghezza totale cm 55; lunghezza totale cm 104. Peso Kg. 12. Diametro cm. 20, 60. Opzionali: rotelline antiribaltamento estraibili e cintura di sicurezza.

Presenta una buona maneggevolezza e manovrabilità. Nell'uso indipendente, data la sua leggerezza, non richiede una particolare energia muscolare ed è adatta a persone anziane. Pienamente funzionale per gli spostamenti negli spazi interni, può essere utilizzata anche all'esterno.

Codice ISO: 12.21.06.060

Prezzo €520 + IVA

Suggerimenti per la manutenzione:

- tenere sotto controllo la pressione delle gomme, da mantenere sempre ben gonfie per la scorrevolezza della carrozzina ed il buon funzionamento dei freni;
- controllare periodicamente tutte le viti ed i dadi della struttura, suscettibili di allentarsi per le vibrazioni del terreno in caso di uso esterno della carrozzina;
- controllare che le tele dello schienale e della seduta siano sempre tese e non permettano posture cedute;
- lavare dette tele per mantenere una buona igiene;
- tenere sempre pulita la carrozzina; pulirla, in particolare quando viene usata all'esterno;
- asciugare subito la carrozzina, qualora si bagni, con un panno asciutto;
- estrarre periodicamente le ruote grandi per la pulizia dei perni;

Sedia a comoda

Sedia con ruote "424 Stellina" della ditta Surace, smontabile, con braccioli rimovibili/ribaltabili e sedile con foro per comoda. Dimensioni: larghezza sedile cm 44; profondità sedile cm 4; altezza schienale cm. 40; altezza seduta cm 54; larghezza totale cm 48,54. E' solida ed assicura un adeguato comfort nell'espletamento delle funzioni sfinteriche. La vaschetta di raccolta è di facile inserimento/estrazione, Di agevole manutenzione, non presenta problemi di igiene.

Codice ISO: 12.21.03.0003

Prezzo: € 204,80 + IVA

Cuscino antidecubito

Cucino modello "Compact" della ditta Mediland. In materiale viscoelastico compatto, gel di uretano e fluo, con fodera in cotone elasticizzato, lavabile e traspirante. Il gel fluido permette la penetrazione delle prominenze ossee ed impedisce il fenomeno del toccare il fondo ("bottom out"), pur assicurando un'adeguata stabilità della seduta. Assorbe lo shock dato dalle forze d'impatto. Diminuisce i rischi di frizione per la capacità di deformarsi, consente una normale circolazione sanguigna con regolare nutrimento dei tessuti ed una distribuzione uniforme delle pressioni durante la seduta. E' utilizzabile anche su sedie normali e poltrone. Occorre peraltro prestare attenzione alla progressiva perdita delle caratteristiche di morbidezza, dovuta all'indurimento del gel, per provvedere alla tempestiva sostituzione del cuscino.

Codice ISO: 03.33.03.009

Prezzo: €146 +IVA

Supporto per alzarsi

Supporto A9042 delle ditta KSP ITALIA. Con fissaggio a vite è adattabile a tutti i tipi di letto. Asta girevole, cinghia regolabile; stabile e robusto, consente l'operazione di sollevarsi dal letto senza uno specifico impegno degli addominali ed agevola gli spostamenti nel letto.

Codice ISO 12.30.09.103

Prezzo €88 + IVA

Sgabello per doccia

Invacare Hydraia modello 9680E. Sufficientemente stabile, rimedia a problemi di equilibrio e di affaticamento, quindi di sicurezza, nel fare la doccia, consentendone lo svolgimento in posizione di seduta.

Codice ISO 09.12.03.003

Prezzo €80 + IVA

10. Programma operativo per la realizzazione dell'intervento

L'organizzazione del trasferimento di Filomena presso la famiglia che si era offerta di ospitarla, con inserimento in un ambiente che, seppure a lei non sconosciuto, non era quello nel quale sino a quel momento aveva vissuto, è dovuta avvenire in tempi assai brevi, allorché, nell'imminenza della dimissione dall'ospedale, sono stata coinvolta nel progetto per verificarne le condizioni di praticabilità.

Ciò in funzione di assicurare a Filomena, in un contesto facilitante di affetti familiari, un'assistenza per i problemi inevitabilmente legati, anche in prospettiva, al processo di invecchiamento (malgrado il livello delle sue capacità fosse da considerare a quel momento più che buono in rapporto all'età anagrafica, all'epoca di novantotto anni), senza un aggravio eccessivo della famiglia ospitante.

Di qui l'esigenza di predisporre gli ausili necessari per limitare al massimo le condizioni di dipendenza di Filomena, compensandone le diminuzione di abilità, e ritardare comunque il manifestarsi di ulteriori deficit e l'insorgere di connessi problemi e complicanze.

Con assoluta priorità e per l'organizzazione dello stesso ambiente destinato ad accogliere Filomena, andavano quindi procurati, prima della dimissione dall'ospedale, il letto ortopedico ed il materasso antidecubito.

Con atteggiamento non usuale, perché spesso non si ritiene conveniente investire soldi per ausili di persone che potrebbero comunque mancare a breve, la famiglia ospitante, grazie anche alle sue possibilità economiche, ha direttamente reperito ed acquisito sul mercato un letto ed un materasso con le caratteristiche strutturali-funzionali essenziali da me indicate.

Per la carrozzina, la sedia a comoda e, successivamente (due anni dopo), per il cuscino antidecubito, il seggiolino per il box doccia ed il supporto per alzarsi ho proceduto ad una scelta del modello di ausilio, tecnicamente valutato, tenendo conto delle specifiche esigenze manifestate da Filomena, dalle caratteristiche dell'ambiente domiciliare e del contesto relazionale, come già in precedenza precisato, senza trascurare la dimensione economica, ancorché questa non sembrasse incidere in modo particolare sulle considerazioni della famiglia ospitante, date le condizioni di agiatezza.

Tutti i componenti della famiglia che ha ospitato Filomena, da subito resi consapevoli dei problemi e dei "condizionamenti" connessi all'onere di assistenza che si erano assunto, sono stati all'altezza della situazione, non solo assicurando un uso attento e corretto dei diversi ausili, ma riuscendo a far sentire Filomena "a casa propria", circostanza essenziale per rallentare il declino funzionale, proprio dell'invecchiamento, in modo accettabile per sé e per gli altri.

ausilio	Anno 1		Anno 2		Anno 3		Anno 4		Anno 5	
	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12	1-6	7-12

Letto ortopedico -----

Materasso antid. -----

Carrozzina -----

Sedia a comoda -----

Cuscino antidec. -----

Sgabello doccia -----

Supporto per alzarsi -----

Tabella relativa alla sequenza e tempistica dei vari interventi riferita all'orizzonte temporale di cinque anni

Intervento	obiettivo	Soluzione scelta	Inizio utilizzo (mesi)	Durata clinica (mesi)
A	corretto posizionamento notturno	Letto ortopedico	1	59
B	prevenzione ulcere	Materasso antidec	1	59
C	mobilità interna	Carrozzina	1	59
D	evitare trasferimenti notturni	Sedia a comoda	1	59
E	prevenzione ulcere	Cuscino antidec.	25	35
F	sicurezza nell'uso della doccia	Sgabello doccia	25	35
G	agevolazione nel sollevarsi dal letto	Supporto per alzarsi	25	35

Articolazione temporale del piano

11. Piano economico

Per l'analisi del progetto di sostegno sotto il profilo economico e non meramente finanziario (inerente quest'ultimo esclusivamente all'esborso monetario sostenuto), occorre tener conto della totalità delle risorse impegnate da tutti gli attori coinvolti nel programma di adozione degli ausili.

Al riguardo, per la valutazione delle implicazioni economiche reali, a livello individuale ed a livello di società, può essere seguito il metodo SCAI (SIVA Cost Analysis Instrument) (Andrich, Moi 1998), progettato per l'utilizzo nella pratica clinica sia in modo retrospettivo che prospettico, sia, cioè, per un successivo bilancio costi/risultati di un progetto attuato in un certo arco temporale, sia per una stima *ex ante* dell'impegno economico richiesto da un determinato progetto in termini di ausili e di assistenza.

Tale metodo consente "...di confrontare i costi sociali di diverse soluzioni alternative per verificare quale di esse nell'arco temporale considerato sia effettivamente la più economica. Il metodo SCAI è, peraltro, strumento di analisi non di decisione. La valutazione economica dei costi diretti (legati, cioè, alla scelta di una specifica soluzione) può servire a determinare l'uso più efficiente delle risorse qualora esistano soluzioni tecniche alternative, paragonabili sotto il profilo dell'efficacia e dell'utilità, in relazione ad un obiettivo funzionale fissato in base a valutazioni di obiettivi riabilitativi e di aspetti sociali secondo l'esperienza e l'etica degli operatori (Andrich 2001)

In riferimento al caso di specie va comunque ricordato, quanto ai soggetti coinvolti, che i costi di acquisto, installazione e manutenzione degli ausili sono stati interamente sostenuti dalla famiglia che ha accolto Filomena, per generosa scelta della stessa famiglia (che ha voluto agire senza implicazioni burocratiche di alcun tipo, come da essa ritenuto), e che, ugualmente, l'assistenza personale a Filomena (rappresentata dall'aiuto umano occorrente nelle attività quotidiane) viene prestata nell'arco della giornata, senza apporti esterni, esclusivamente dai vari componenti della famiglia in questione (massimamente dalla "padrona di casa") e dalla loro collaboratrice familiare. Quest'ultima impiega per tale aiuto parte del tempo per il quale essa è globalmente ed in modo indistinto remunerata a mese. In altri termini, la prestazione dell'aiuto – non implicante una particolare qualificazione – non viene compensata in modo separato ma è considerata rientrare, a fini retributivi, tra gli ordinari compiti domestici della collaboratrice familiare.

Il complesso delle risorse (finanziarie ed umane) mobilitate per la realizzazione del progetto, da chiunque fornite – ivi compresa, dunque, l'assistenza familiare gratuita valorizzata in termini monetari (con la considerazione, cioè, del denaro che si sarebbe speso per corrispondenti prestazioni di terzi acquisite sul mercato dei servizi di assistenza personale) – rapportato ai risultati ottenuti nell'arco di tempo considerato, mostra il costo sociale dello stesso progetto di adozione degli ausili per il sostegno dell'autonomia di Filomena.²

Tale costo può anche essere messo a confronto con il costo sociale del non intervento e la relativa differenza rappresenta il costo aggiuntivo (nullo, di risparmio o di investimento).

Il modello di analisi SCAI viene utilizzato nella specie in riferimento ad un orizzonte temporale di cinque anni, tenuto conto dell'inizio dell'intervento e dell'età di Filomena. I prezzi indicati per l'acquisizione dei primi ausili, stante la non reperibilità della documentazione di spesa, sono stati rielaborati sulla base dei listini attuali e debbono ritenersi pertanto approssimativi. L'IVA si intende al 4% come previsto per le spese di carattere medico per persone con disabilità.

² In termini generali, in ordine ad ogni singolo intervento, considerato in un determinato orizzonte temporale, vanno considerate le seguenti categorie di costi:

- costi di investimento: acquisto, consegna, eventuale installazione, personalizzazione ed addestramento all'uso dell'ausilio;
- costi di esercizio (manutenzione, elettricità, riparazioni, pezzi di ricambio ecc.);
- costi per servizi accessori o collegati eventualmente necessari (noleggio di servizi di trasporto ecc.);
- costi relativi all'assistenza personale inscindibilmente associata alla soluzione tecnologica prescelta, esprimibili fondamentalmente in ore/uomo (considerando anche il tempo extra, quale quello speso negli spostamenti per recarsi al domicilio dell'utente); ai fini della valorizzazione di tali costi in termini monetari l'assistenza è suddivisa in tre livelli: assistenza di livello A (effettuabile da chiunque); assistenza di livello B (fornibile da persona per la quale non è richiesta alcuna specifica qualificazione professionale ma addestrata e dotata di particolari qualità, come la forza e/o il controllo: accompagnatore); assistenza di livello C (fornibile da persona per la quale è richiesta una qualificazione personale).

Di ogni ausilio vanno inoltre stimate la durata clinica (tempo di effettiva utilità clinica, personale o sociale per l'utente), la durata tecnica (tempo per il quale funzionerà nelle normali condizioni di utilizzo) ed il valore residuo (se esso sarà riutilizzabile -dallo stesso utente o da altri- alla fine dell'orizzonte temporale preso in considerazione) (Andrich 2001) e (Andrich, Moi, 1998).

Letto ortopedico	
<i>Tecnologia</i>	€692,05 +IVA
<i>Addestramento all'uso</i>	30 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo del letto ortopedico

Materasso antidecubito	
<i>Tecnologia</i>	€110 + IVA
<i>Addestramento all'uso</i>	10 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo del materasso antidecubito

carrozzina	
<i>Tecnologia</i>	€520 +IVA
<i>Addestramento all'uso</i>	20 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo della carrozzina

Sedia a comoda	
<i>Tecnologia</i>	€204,80
<i>Addestramento all'uso</i>	15 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo della sedia a comoda

Cuscino antidecubito	
<i>Tecnologia</i>	146 + IVA
<i>Addestramento all'uso</i>	10 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo del cuscino antidecubito

Sgabello per doccia	
<i>Tecnologia</i>	€80 + IVA
<i>Addestramento all'uso</i>	10 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo dello sgabello per il box doccia

Supporto per alzarsi	
<i>Tecnologia</i>	€88 +IVA
<i>Addestramento all'uso</i>	10 minuti del terapeuta per insegnare l'uso e la manutenzione
<i>Costi di esercizio</i>	
<i>Altri servizi</i>	
<i>Assistenza</i>	

Tabella degli elementi di costo del supporto per alzarsi

Poiché, come detto, ogni costo relativo alla tecnologia è stato di fatto interamente sopportato dalla famiglia che ospita Filomena, senza ricorso a fondi pubblici, nelle tabelle appresso riportate, di elaborazione dei costi dei principali ausili in relazione all'orizzonte temporale considerato, rimane come meramente figurativa l'indicazione di altri soggetti di spesa (pubblici o privati).

Soluzione esaminata		letto ortopedico				
		Durata clinica anni 5		Durata tecnica anni 5		
		Costo sociale intervento	Costo sociale non intervento	Spesa utente	Spesa Asl	Spesa altri enti
Anno 1	<i>Investimento*</i>	€720 + €13	€ 6.240			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 2	<i>Investimento</i>		€ 6.240			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 3	<i>Investimento</i>		€ 6.240			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 4	<i>Investimento</i>		€ 6.240			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 5	<i>Investimento</i>		€ 6.240			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
	-valore residuo					
	totali	€ 733	€31.200			
	Costo sociale aggiuntivo	€- 30.467	(costo sociale dell'intervento – costo sociale in caso di non intervento)			
Con intervento	<i>Assistenza</i>	<i>Azioni/mese</i>	<i>Minuti/azione</i>	<i>Costo orario</i>	<i>Minuti viaggio/attesa</i>	<i>Costo annuo</i>
	<i>Livello A</i>					
	<i>Livello B</i>					
	<i>Livello C</i>					
		totale				
Senza int.	<i>Assistenza</i>					
	<i>Livello A</i>					
	<i>Livello B</i>	30	40	€13	40	€ 6.240
	<i>Livello C</i>					
		totale				€ 6.240

* tecnologia + addestramento all'uso

Soluzione esaminata		materasso antidecubito				
		Durata clinica anni 5		Durata tecnica anni 5		
		Costo sociale intervento	Costo sociale non intervento	Spesa utente	Spesa Asl	Spesa altri enti
Anno 1	<i>Investimento*</i>	€ 115 + € 7	€ 3.600			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 2	<i>Investimento</i>		€ 3.600			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 3	<i>Investimento</i>		€ 3.600			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 4	<i>Investimento</i>		€ 3.600			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 5	<i>Investimento</i>		€ 3.600			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
	-valore residuo					
	totali	€ 122	€18.000			
	Costo sociale aggiuntivo	€-17.878	(costo sociale dell'intervento – costo sociale in caso di non intervento)			
Con intervento	<i>Assistenza</i>	<i>Azioni/mese</i>	<i>Minuti/azione</i>	<i>Costo orario</i>	<i>Minuti viaggio/attesa</i>	<i>Costo annuo</i>
	<i>Livello A</i>					
	<i>Livello B</i>					
	<i>Livello C</i>					
		totale				
Senza interv.	<i>Assistenza</i>					
	<i>Livello A</i>					
	<i>Livello B</i>					
	<i>Livello C</i>	15	30	€20	30	€ 3.600
		totale				€ 3.600

* tecnologia + addestramento all'uso

Soluzione esaminata		carrozzina leggera autospinta				
		Durata clinica anni 5		Durata tecnica anni 5		
		Costo sociale intervento	Costo sociale non intervento	Spesa utente	Spesa Asl	Spesa altri enti
Anno 1	<i>Investimento*</i>	€ 541 + € 9	€ 10.080			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 2	<i>Investimento</i>		€ 10.080			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 3	<i>Investimento</i>		€ 10.080			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 4	<i>Investimento</i>		€ 10.080			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
Anno 5	<i>Investimento</i>		€ 10.080			
	<i>Esercizio</i>					
	<i>Servizi</i>					
	<i>Assistenza</i>					
	-valore residuo					
	totali	€ 550	€ 50.400			
	Costo sociale aggiuntivo	€ - 49.850	(costo sociale dell'intervento – costo sociale in caso di non intervento)			
Con intervento	<i>Assistenza</i>	<i>Azioni/mese</i>	<i>Minuti/azione</i>	<i>Costo orario</i>	<i>Minuti viaggio/attesa</i>	<i>Costo annuo</i>
	<i>Livello A</i>					
	<i>Livello B</i>					
	<i>Livello C</i>					
		totale				
Senza interv.	<i>Assistenza</i>					
	<i>Livello A</i>	30	180	€ 8	30	€ 10.080
	<i>Livello B</i>					
	<i>Livello C</i>					
		totale				€ 10.080

* tecnologia + addestramento all'uso

senso le modalità dell'invecchiamento sono anche le risultanze di una sommatoria di percezioni personali e di esperienze di vita.

Né esiste una "normalità per età", che consenta di fare riferimento all'età cronologica come misura dell'invecchiamento.

Fondamentale è l'analisi della situazione in cui versa l'anziano non solo nella realtà dei fatti ma anche nella percezione che esso ne ha.

Può risultare utile, al riguardo, una "ristrutturazione cognitiva" per aiutare l'anziano a vedere in modo diverso la propria situazione ed attenuare comunque l'immagine limitante dei propri deficit, cercare di modificare atteggiamenti negativi dovuti a percezione soggettiva di solitudine, al di là della reale situazione oggettiva, promuoverne per quanto possibile l'autostima, la fiducia nelle proprie residue capacità e nella possibilità di compensazioni funzionali.

E' necessaria comunque molta attenzione per evitare atteggiamenti di protezione o di cura eccessiva che possano indurre a comportamenti di dipendenza e remissione.

Per aiutare l'anziano a mantenere uno stato soggettivo accettabile, a "sentirsi", cioè, in buone condizioni, bisogna saperlo ascoltare, capirne le sue reali e sentite priorità, saper trovare comunque un punto di incontro perché l'intervento sia condiviso ed accettato.

Accettare la propria disabilità ed essere parte attiva nella scelta dell'ausilio presuppone un processo di maturazione che può richiedere "rielaborazioni psicologiche e vere e proprie scelte di vita" (Andrich, 1996, pag.17).

Ne risulta ribadita, conclusivamente, la fondamentale esigenza che ogni progetto sia personalizzato e tenga conto, come variabile condizionante, della particolare personalità del soggetto interessato e del contesto ambientale.

Sotto quest'ultimo profilo è da osservare che i risultati positivi ottenuti nella specie sono dovuti alla consapevolezza ed alla collaborazione dimostrate dalla famiglia che ospita Filomena, che ha consentito a questa di sentirsi, malgrado tutto, sempre a suo agio.

Bibliografia

- AA.VV: *Progetto Idea- Iniziative per anziani e disabili: La normalità possibile*. Bologna: Ervet, 1998
- AA.VV: *The use of technology in the care of elderly and the handicapped: tools for living*. London: Pinter Publisher, 1980
- Andrich R. : *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute, 1988
- Andrich R., Moi M.: *Quanto costano gli ausili?* Milano: Pro Juventute, 1998
- Andrich R. *Consigliare gli ausili*. Milano: Pro Juventute, 1996
- *Andrich R: Analisi costi benefici degli ausili: lo strumento SCAI (SIVA Cost Analysis Instrument)*". Europa Medicophysica vol37/1 pp. 554-557 (Atti 37° Cong.Naz. Simfer. Roma 4-8/10/2001). Minerva Medica, Torino 2001
- Batavia A., Hammer G. : *Towards the development of consumer-based criteria for evaluation of assistive devices*. *Journal of Rehabilitation*. Research & Development 1990, vol. 27/4, pp 425-436
- Cavicchioli A., Corbetta S., Marquez M., Petrucci B.M., Springhetti I., Valsecchi L.: *Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. Torino: Utet, 2000
- Del Zanna G. *Progettare l'accessibilità*. Palermo, Grafill, 1999
- Meier-Ruge W. (a cura di): *Il paziente anziano nella pratica medica*. Basilea: Karger, 1990
- Petrucci B. *Terapia Occupazionale in età senile*. In Cavazzuti F. *Gerontologia e Geriatria*, Milano: Cea, 1992.
- Spagnolin G. : *La carrozzina*. Milano: Ghedini 1993
- Spilker B: *Introduction*. In Spilkert B (Ed). *Quality of Life and Pharmacoeconomics in Clinical Trials*. Philadelphia: Lippincot-Raven 1996
- Tacchi Em.: *L'anziano e la sua casa*. Milano: Franco Angeli, 1995.
- Trabucchi M., Casale G., Bonaccorso O., Guaita A.: *Assistenza e riabilitazione geriatrica*. Milano: Franco Angeli, 1998