



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

# **Proposta di un centro territoriale di valutazione clinica degli ausili come progetto di qualità nell'ambito dell'assistenza protesica di una ASL.**

## ***CIEVA ROMA***

**CANDIDATA : Cristina Pusic**

***Abstract.** Il progetto dell'istituzione di un Centro di Informazione e Valutazione degli Ausili (CIEVA) nasce nell'ambito del Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione della ASL Roma E . Si prevede, con l'investimento di minime risorse economiche aggiuntive, la riconversione di parte dei locali dell'attuale magazzino ausili in un Centro ove poter affidare ad un nucleo competente di valutazione la presa in carico globale della persona con disabilità complessa afferente all'Assistenza Protesica.*

*La finalità è garantire la gestione secondo i LEA dell'Assistenza Protesica operando sulla base di procedure e metodologie di lavoro standardizzati. Ciò permetterà di fornire all'utenza la massima informazione sulle possibili scelte in materia di ausili, ortesi e protesi, prima dell'atto prescrittivo. Per le esigenze dell'autorizzatore della ASL il Centro effettuerà la verifica di tutti gli elementi necessari alla giustificazione della "spesa" o, per meglio dire, dell'investimento che il servizio pubblico realizza sulla persona a garanzia di una fornitura di dispositivi che sia appropriata e consona ai reali bisogni di autonomia dell'utente.*

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

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

# 1. Sintesi del progetto

## *Scopo del progetto*

Questo progetto ha lo scopo di istituire un Centro di Informazione e Valutazione degli Ausili (**CIEVA**), che sia un riferimento clinico di valutazione ad integrazione dell'attuale servizio di Assistenza Protesica, nell'ambito del territorio della ASL Roma E

All'interno dei servizi offerti dal Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione della ASL Roma E (**DMFeR**) il Centro rivestirà un ruolo qualitativo di garanzia e di riferimento per l'utenza afferente in quanto l'analisi dei bisogni riferiti dal paziente e la presa in carico globale saranno alla base del progetto riabilitativo realizzato sulle specifiche esigenze individuali in relazione al contesto territoriale della persona.

Creare il **CIEVA** è necessario per completare il percorso riabilitativo e di reinserimento sociale della persona disabile afferente all'Assistenza Protesica, in modo da

- poter garantire l'informazione riguardo tutte le problematiche e le possibili soluzioni attuabili utilizzando ausili, ortesi, protesi, così come in materia di accessibilità e/o di agevolazioni fiscali o di adattamenti domotici
- poter effettuare tutte le prove necessarie con i dispositivi proposti all'interno del progetto riabilitativo sulla persona, prima di arrivare alla scelta definitiva confermata da atti prescrittivi consoni e contestualizzati.

## *Contesto*

La nostra ASL copre un territorio di circa il 30% dell'intera superficie comunale, in cui i residenti sono afflitti da costanti problematiche di accessibilità: le grandi rampe di gradini per l'accesso al portone, i palazzi senza ascensore, gli stabili dove – con il passare degli anni – sono stati ricavati degli ascensori piccolissimi. Le possibili soluzioni a tali problematiche sono affrontate creando un servizio territoriale per tutti i residenti, all'interno dell'attuale magazzino ausili che rimane sempre, per l'utenza, il punto di riferimento per la restituzione degli ausili ceduti in uso dalla ASL.

## *Situazione iniziale*

L'Assistenza Protesica viene erogata sul territorio della ASL Roma E attraverso 4 "sportelli di accoglienza" territoriali. Si tratta di uffici in cui il personale amministrativo accoglie il pubblico dando informazioni preliminari riguardo l'autorizzazione dei dispositivi presenti nel DM 332/99.

Negli stessi uffici è presente anche il medico autorizzatore che controlla la congruità prescrittiva delle richieste di dispositivi, dopo il primo "vaglio" del personale amministrativo.

Si cerca di garantire l'emissione della autorizzazione entro sette giorni dalla consegna della "pratica" allo sportello.

Dal 2001 l'Assistenza Protesica, così organizzata, è diventata parte integrante del DMFeR in seguito ad una precisa scelta della ASL RM E che, non avendo ancora definito le competenze di alcuni Distretti, ha deciso di istituire un Dipartimento **transmurale** di collegamento tra ospedale e territorio che prendesse in carico i bisogni riabilitativi dei residenti, maggiorenni, nel proprio territorio: **il Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione**.

Un vantaggio pratico ottenuto dalla "fusione" dipartimentale è stato l'aver ubicato gli sportelli dell'assistenza domiciliare riabilitativa e quelli dell'assistenza protesica negli stessi presidi territoriali.

Ancora più importante è stata la crescente collaborazione tra autorizzatori e prescrittori per definire e verificare sul campo, con sopralluoghi in equipe, la **congruità prescrittiva**.

Le visite di "congruità prescrittiva" sono richieste dai colleghi autorizzatori prima di emettere l'autorizzazione su prescrizioni carenti nella spiegazione del significato riabilitativo del dispositivo: ciò avviene soprattutto per le protesi d'arto, per i dispositivi ad alto costo come sollevatori elettrici,

carrozze elettriche, montascale e per alcuni particolari capitoli di spesa come le “calzature e plantari”:

Per quanto riguarda la gestione del magazzino ausili della nostra ASL, da sempre ubicato nel complesso del S. Maria della Pietà – ex manicomio provinciale – la problematica maggiore è legata alla mancanza di specifiche regionali omogenee e standardizzate in merito alle procedure sul riciclo degli ausili, o, laddove ne siano definite alcune, risultano di fatto non applicabili, perché non efficaci ai fini di un risparmio reale dell’azienda.

### ***Situazione che si intende conseguire***

Trasformare l’Assistenza Protesica passando da una concezione burocratica ad una concezione clinica potrebbe sembrare un’impresa ardua, poiché, comunque, in tale ambito si devono operare delle scelte economiche che necessitano di momenti irrinunciabili di controllo amministrativo.

Solo attraverso una corretta analisi clinico - riabilitativa e sociale dei bisogni, operata sul territorio da figure professionali competenti, si possono orientare le persone alla scelta di dispositivi congrui assicurando così corrette prescrizioni e corrette erogazioni da parte del SSN.

Forti dell’esperienza maturata in questi anni in ambito Dipartimentale è maturata la convinzione che sia indispensabile creare, all’interno dell’Assistenza Protesica, un servizio di riferimento per l’utenza, cioè un “ *nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione di informazione nel settore degli ausili, nonché di dare supporto professionale personalizzato alla persona disabile, ai suoi familiari e agli operatori che la hanno in carico nel momento di affrontare le prospettive di autonomia, o di miglioramento della qualità di vita, che possono beneficiare dell’uso di ausili*” (Andrich 1996, pag. 5). Il **CIEVA** intende pertanto essere il punto clinico di riferimento:

- per le valutazioni di consulenza al medico autorizzatore che necessiti di dettagli tecnici e clinici che vengono troppo spesso omessi dai prescrittori.
- per i medici operanti sul territorio che possano avere un centro attrezzato di riferimento che prenda in carico il paziente per un progetto/ programma di autonomia
- per i pazienti presenti nel territorio della ASL che necessitino sia di esigenze particolari in materia di ausili ortesi e protesi che della manutenzione degli ausili già erogati dalla ASL.
- per il Dipartimento stesso come centro per la raccolta e la verifica condivisa dei dati statistici oltre che per la redazione di linee guida procedurali qualitative e di indirizzo didattico e formativo metodologico in materia di ausili, ortesi e protesi.

### **Interventi previsti per conseguire tale situazione**

Il primo intervento è il reperimento delle risorse necessarie e la verifica della fattibilità del progetto. Per quanto riguarda la logistica, all’interno di uno dei presidi esistenti nel Dipartimento uno spazio idoneo è già stato progettato all’interno del centro diurno per i gravi traumi cranio-encefalici, in via di realizzazione presso il complesso territoriale ex manicomiale.

In attesa di tale realizzazione l’alternativa valida è rappresentata dall’attuale magazzino ausili, già conosciuto dalla nostra utenza. Lo spazio è ampio ed adeguato ad assicurare sia l’accoglienza che una mostra permanente degli ausili, delle sale di prova ed un piccolo spazio adibito ad officina in cui poter far lavorare per le necessarie modifiche gli operatori esterni ( tecnico dell’officina scelta dal paziente)

La riconversione di tali locali per la realizzazione del **CIEVA** prevede costi stimati attorno a € 10.000 necessari a garantire:

- l’accessibilità almeno di un bagno
- la computerizzazione in rete con gli sportelli dell’assistenza protesica
- gli arredi necessari all’equipe del centro

Il personale che attualmente lavora nel magazzino manterrà il proprio ruolo e sarà affiancato dall’equipe multiprofessionale del nucleo di valutazione.

Il secondo intervento, fondamentale, è la necessità di esplicitare e concordare la valenza di tale progetto al livello Dirigenziale ASL in modo da avere garantite le risorse professionali e materiali necessarie alla buona riuscita del progetto.

Il terzo intervento, è la condivisione del progetto con tutto il personale del Dipartimento e la comunicazione del ruolo del **CleVA** ai Direttori dell'Ospedale e del "territorio", ai Direttori dei Distretti, ai Responsabili della redazione del portale Internet della ASL, ipotizzando dei links con i portali più noti sulla disabilità per ottenere la massima divulgazione alle associazioni delle persone con disabilità.

## 2. Premesse Teoriche

E' a tutti noto che l'Assistenza Protesica provvede all'erogazione di dispositivi sanitari che, adattando la persona all'ambiente, ne promuovono i relativi bisogni di **autonomia**: spesso, infatti, gli **ausili** rappresentano l'unico mezzo con il quale una persona disabile può raggiungere il miglior livello di autonomia e di **partecipazione** nell'ambito delle relazioni sociali.

E' opportuno ed utile, ai fini di una corretta condivisione di termini, precisare cosa si intenda con i termini di autonomia, indipendenza ed ausilio.

Il termine "**autonomia**" esprime: *"il recupero di un nuovo equilibrio, a fronte di una limitazione delle proprie risorse fisiche e delle abilità, nelle relazioni con sé, nelle relazioni con l'ambiente ( le attività di vita quotidiana) e nelle relazioni con gli altri"* (Andrich 2000).

Senza autonomia, intesa in questa accezione, non ci sarà indipendenza: se non si è capaci di decidere per la propria vita, o di come fare per organizzarla, non si potrà raggiungere l'indipendenza, anche con il miglior ausilio disponibile.

**L'indipendenza**, dunque, è la capacità a fare "da solo", e, nel caso di un disabile sarà **realizzabile attraverso l'utilizzo degli ausili**: essi sono degli strumenti che, adattando la persona all'ambiente, possono risultare funzionali all'autonomia, così come può esserlo un accompagnatore che spinge una carrozzina esattamente nella direzione scelta dal disabile (autonomo nella scelta della direzione).

L'ausilio, dunque, altro non è che un dispositivo, più o meno complesso, che viene utilizzato nella organizzazione delle attività di vita quotidiane, e perciò può facilitare l'indipendenza.

Dal 1992, è stato approvato uno standard internazionale ISO 9999 con cui si è codificata la definizione dei "**technical aids**" o "**assistive device**" con cui si intende *"qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico, di produzione specializzata o di comune commercio, utilizzato da una persona disabile per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, disabilità o handicap."* (Andrich 1996, pag 9)

Se l'ausilio adatta la persona all'ambiente, sappiamo anche che il processo di indipendenza favorito dall'ausilio può essere completamente reso inutile dall'inaccessibilità ambientale.

Questa strettissima correlazione tra accessibilità dell' ambiente, ausilio e persona disabile viene ratificato dal modello di classificazione biopsicosociale dell'ICF (2001) che evidenzia l'importanza degli ausili come strumenti che, in determinati stati di salute, risultano facilitanti per la partecipazione sociale: essi sono posti tra i fattori contestuali e agiscono sulle variabili di capacità e di performance dell'individuo. La Classificazione Internazionale del Funzionamento, ICF, è stata molto ben accolta negli ambienti riabilitativi proprio perché, con un linguaggio comune ed internazionale, permette di fare una fotografia del "qui ed ora" rispetto ad un relativo "stato di salute": ciò è totalmente innovativo rispetto alle classificazioni di malattia e di diagnosi che vanno strette ai riabilitatori abituati a fare un progetto riabilitativo finalizzato al miglioramento della situazione, sfruttando le potenzialità residue.

Pertanto il modello ICF è sicuramente uno strumento valido, ed è auspicabile il suo utilizzo, per operare rapporti efficienza/ efficacia in previsione di una programmazione razionale della spesa protesica. Purtroppo sono ancora pochi i lavori pubblicati in cui si dimostra come un corretto utilizzo dei codici dell'ICF possa evidenziare molto bene l'appropriatezza della prescrizione di ausili e della spesa sanitaria conseguente, anche a fronte della spesa sostenuta per la mancata autorizzazione dell'ausilio prescritto, laddove tale negazione abbia comportato un periodo di ricovero e cura per il peggioramento dello stato di salute (Molteni 2003).

L'Assistenza Protesica, erogando dispositivi protesici, rappresenta il crocevia tra l'assistenza riabilitativa sanitaria e quella sociale e rientra, a pieno titolo, nel percorso riabilitativo della persona che, per qualsiasi motivo, abbia avuto una problematica funzionale, e soffra per una disabilità.

Anche il DM 332/99 nell'articolo 4 definisce la prescrizione come parte integrante di un programma riabilitativo, entrando anche con accuratezza nei doveri del prescrittore.

Tali premesse normative sono state poi confermate dalla Legge 328/2000 e successivamente ratificate dai LEA; infatti, dal 2002, l'Assistenza Protesica rientra nei *Livelli Essenziali di Assistenza* che, come noto, richiedono che ci sia una evidenza scientifica che **garantisca** il miglioramento clinico ed il **beneficio di salute** a fronte delle risorse impiegate.

In parole povere il SSN e le ASL dovrebbero garantire per tutti i dispositivi e per tutti gli ausili erogati una evidenza scientifica del miglioramento di salute apportato, con quel tale presidio, per cui valga la pena impiegare le risorse pubbliche (denaro, personale, materiali di consumo ecc..).

Basandosi su questo presupposto, la maggiore criticità delle attività insite nei processi autorizzativi ed erogativi dell'Assistenza Protesica sta nella impossibilità, di fatto, di poter garantire *operativamente* quanto richiesto dai LEA: se la spesa pubblica deve essere fatta solo laddove si possa garantire un miglioramento dello stato di salute, con prove di evidenza scientifica, si deve necessariamente saper scegliere con cura l'ausilio, il tutore o la protesi, presupponendo che la scelta avvenga sulla base di conoscenze - vaste e consolidate - tra i soli dispositivi che possano evidenziare un efficace miglioramento della disabilità.

Allo stato attuale però non abbiamo sperimentazioni cliniche valide, effettuate con strumenti di lavoro standardizzati e su basi scientifiche che garantiscano l'efficacia riabilitativa dei prodotti.

Come può l'autorizzatore assumersi da solo l'onere di tanta responsabilità? Ha, per esempio, l'autorizzatore lavori scientifici dove sia evidente l'efficacia di un tipo di invasore protesico a contenimento ischiatico a fronte di un invasore ad appoggio ischiatico? Come "misurare" il beneficio di salute in ambito protesico?

Inoltre il D.M. 332/99, nel caso in cui il dispositivo sia standard o personalizzato dispone che esso vada iscritto in un programma riabilitativo che deve essere monitorato nel tempo (*da chi?*); inoltre la persona deve essere addestrata all'uso dell'ausilio (*da chi?*).

Successivamente, andrà verificato "sul campo" se l'utilizzo presupposto è stato reale, se lo scopo prefissato è stato raggiunto, se il gradimento è stato conforme alle aspettative, se c'è stato un "abbandono" del dispositivo (*da parte di chi?*: dal prescrittore - verifica dell'efficacia clinica - o dall'erogatore - verifica del rapporto efficacia-efficienza?). Tutto ciò va eseguito garantendo appropriati livelli di qualità.

Attuare quanto sopra descritto rappresenta una criticità e, probabilmente, la prima causa di ciò è da ravvisare nella reale difficoltà legata alla complessità insita nella prescrizione.

Volendo applicare correttamente ciò che il DM 332/99 recita a proposito della prescrizione ci si rende subito conto che la valutazione e la conseguente prescrizione di un dispositivo sono sicuramente prestazioni "complesse" che richiedono tempo e "attenzione" per la persona disabile e per il suo contesto.

Tali "valutazioni" non sono però elencate nell'ambito del Nomenclatore delle prestazioni del SSN (DM 150/96) se non come i codici ambulatoriali di "valutazione protesica - cod 93.03 - o valutazione funzionale - cod.93.01.01 - con un "temporario" di riferimento ambulatoriale di 15 minuti, assolutamente insufficiente per la complessità della prescrizione.

Dobbiamo anche tenere presente che il nomenclatore cui si fa riferimento è relativo alle prestazioni ambulatoriali mentre la maggior parte delle prescrizioni di ausili avviene in ambito domiciliare e necessita di un sopralluogo - o più - e vale anche la pena ricordare che una prescrizione fatta al di fuori del contesto domiciliare è nella maggior parte dei casi inutile ed inefficace.

Se le normative nazionali vigenti e le Linee guida per la riabilitazione (1998) danno ampio spazio alla valenza riabilitativa e sociale dell'Assistenza Protesica, di fatto è venuta a mancare la regolamentazione della gestione assistenziale che è rimasta senza riferimenti corretti a livello delle singole Regioni.

Di conseguenza, attualmente, non esistono dati nazionali a livello del Ministero della Salute che riguardano l'ammontare globale della spesa protesica in quanto mancano i singoli dati Regionali e non esistono flussi epidemiologici che collegano la spesa protesica alla restante spesa per prestazioni riabilitative.

Essendo “ il budget” dell’Assistenza Protesica di competenza territoriale, le ASL devono gestirlo in prima persona, appropriandosi delle competenze cliniche e metodologiche necessarie per assicurare un corretto funzionamento del sistema.

Il SIVA (Servizio Informazione Valutazione Ausili) di Milano, organo della Fondazione Don Carlo Gnocchi, rappresenta il riferimento metodologico per assolvere tali competenze: a mio avviso, le ASL, dirette erogatrici, dovrebbero acquisire il modello metodologico SIVA, operante da ormai 20 anni, rielaborandolo sulle proprie esigenze gestionali.

Seguendo questo modello, il “**nucleo di competenza**“ della ASL esaminata in questo Elaborato sarà costituito da un numero di operatori variabile, professionalmente competenti nella materia, che lavora in equipe con strumenti di lavoro già da anni consolidato nella rete del SIVA. L’équipe valutativa affiancherà nel lavoro il personale operante presso gli sportelli amministrativi dell’Assistenza Protesica, promuovendo l’utilizzo di strumenti di valutazione funzionale applicati agli ausili e di questionari di valutazione della soddisfazione dell’utente rispetto all’ausilio. Sulla base delle revisioni dei dati di letteratura e dei dati statistici potranno essere fornite delle linee di indirizzo prescrittive e sulle “riconducibilità” confrontabili con il lavoro svolto negli altri centri di consulenza territoriali.

L’esperienza finora da me svolta come specialista in ambito Dipartimentale mi porta a mettere in evidenza:

- Che spesso la prescrizione di dispositivi avvenuta al termine di un progetto riabilitativo di **post-acuzie** viene vanificato dal mancato sopralluogo territoriale – *mancata valutazione del “contesto”* – e dal mancato collaudo del prescrittore a domicilio – *mancata verifica del raggiungimento dell’obiettivo / scopo della prescrizione*-
- la reale difficoltà ad effettuare – laddove richiesto dal **prescrittore territoriale** – delle prove al domicilio del paziente, con dispositivi personalizzati, per la mancanza di un sistema di rete distributiva che garantisca tempi congrui di fornitura e di assistenza
- la reale scarsità di operatori sanitari con competenze specifiche in ambito di ausili, postura, ausili comunicativi/informatici,
- l’assoluta impossibilità di redigere prescrizioni corrette in ambito ambulatoriale all’interno dei “tempari” previsti per la “ visita fisiatrica” (15 minuti)
- la facilità dei prescrittori territoriali, specie in ambito ambulatoriale, a “riprescrivere” in modo non corretto, e senza spiegazioni del significato riabilitativo che permettano agli autorizzatori ASL di giustificare ed autorizzare nuovamente la spesa per lo stesso presidio
- l’alta frequenza di abbandono e di non utilizzo dei dispositivi prescritti in ambito ospedaliero per i pazienti “in via di dimissione”- avvenuta evidentemente senza sopralluogo e senza successivo collaudo
- l’esigenza imposta alle ASL - in quanto “erogatori” con capitoli di spesa da giustificare - di mettere in atto tutte le misure possibili per verificare l’efficacia e l’efficienza del servizio effettuato – o dato in appalto secondo il DM 332/99
- la carenza di strutture territoriali ASL accoglienti dove la persona disabile possa essere ascoltata e consigliata sull’utilizzo degli ausili necessari a garantire la massima autonomia ed il progetto riabilitativo personalizzato in cui è inserita la prescrizione dell’ausilio stesso,

Sulla base di queste premesse, la tesi sostenuta in questo elaborato è che la creazione di un Centro Clinico Territoriale di Informazione e Valutazione sugli Ausili (CIeVA Roma) avvicini il sistema dell’Assistenza Protesica agli obiettivi richiesti dai LEA.

### 3. Contesto

L’azienda ASL Roma E copre un territorio che si estende dal centro di Roma – Vaticano e Borgo Pio – fino alla periferia nord ovest della città – Selva Candida e Cesano, in prossimità del lago di Bracciano con una superficie pari a 392,3 Km quadrati. Il nostro territorio è suddiviso in 4 zone corrispondenti a 4 municipi: **17, 18, 19, 20.**

Il municipio più piccolo, il **17**, è quello prevalentemente popolato da anziani, rappresenta la zona più centrale, la maggior parte dei residenti vivono soli, o con le badanti, l'assistenza primaria è assicurata da un presidio ospedaliero ASL, sede di un DEA di 1° livello; sono comunque presenti anche altri presidi ospedalieri e numerose case di cura convenzionate per l'acuzie.

Il municipio **18** copre una vasta zona su cui insistono anche altre strutture ospedaliere ed un policlinico universitario.

Il municipio **19** è una zona a vastissima richiesta territoriale in quanto racchiude borgate popolate, in cui spesso le persone anziane vivono circondate dagli affetti familiari e non sole come accade nei quartieri del centro della città o nelle zone residenziali, tipo parte del municipio **20**, che rappresenta la zona più ampia come Km quadrati.

L'assistenza riabilitativa è assicurata da molte strutture convenzionate ed accreditate e tutti i servizi riabilitativi erogati dalla ASL in ambito territoriale ed ospedaliero sono stati aggregati dal 2001 - all'interno del DMFeR.

La *mission* del DMFeR è "il massimo recupero della disabilità ovvero prevenzione, contenimento dell'handicap ed incremento della partecipazione del disabile, garantendo la presa in carico totale dell'utente dal momento del ricovero nel reparto per acuti fino al trattamento domiciliare o in strutture riabilitative, ottimizzando la risposta assistenziale attraverso la corretta ed integrata utilizzazione delle risorse e razionalizzando di conseguenza la spesa" sulla base delle normative nazionali e regionali, tra le quali il più recente riferimento è il Piano Sanitario Nazionale per il triennio 1998 - 2000. Il PSN individua, tra i settori di attività e processi organizzativi che più necessitano di cambiamento, razionalizzazione degli interventi e di adeguamento ai livelli europei, l'Area della Riabilitazione, ponendo tra gli obiettivi prioritari l'integrazione funzionale tra le diverse unità operative, al fine di garantire la continuità assistenziale tra cura e riabilitazione.

Le linee guida nazionali sulle attività di riabilitazione prevedono modelli organizzativi dipartimentali al fine di concorrere all'obiettivo del massimo recupero della disabilità, ovvero della prevenzione e del contenimento dell'handicap. Adottando tale modello la ASL ha dipartimentalizzato tutte le funzioni di assistenza, controllo, formazione e ricerca in campo riabilitativo.

*In termini operativi*, si intende perseguire l'integrazione funzionale tra le diverse strutture aziendali, al fine di garantire la continuità assistenziale tra cura e riabilitazione, assicurando procedure di raccordo ed integrazione tra Ospedale e Territorio per assolvere alle funzioni di I e II livello e garantire il "percorso riabilitativo", prevedendo in ciascuna struttura équipe interdisciplinari, coordinate da un medico fisiatra, per la definizione di progetti e programmi riabilitativi.

Il DMFeR eroga assistenza riabilitativa *in forma diretta* tramite:

- 1 struttura ospedaliera di degenza di riabilitazione post-acuzie neuromotoria di II livello, cod. 56;
- 1 struttura di degenza per 20 posti letto di riabilitazione cardiologia, cod. 56;
- 1 servizio ambulatoriale ospedaliero
- 3 ambulatori territoriali di FKT;
- 1 attività ambulatoriale di elettro-neurofisiologia;
- 1 ambulatorio per la prevenzione, diagnosi e cura dell'osteoporosi;
- 4 presidi territoriali per la gestione dell'assistenza riabilitativa domiciliare (*CAD riabilitativo*);
- 4 presidi territoriali *per la gestione* tecnico-amministrativa *dell'assistenza protesica*;
- 4 unità territoriali con attività ambulatoriale e semiresidenziali per il coordinamento di progetti inizialmente finanziati dalla L. 162/98, per l'organizzazione di soggiorni estivi, per il controllo di residenze e comunità alloggio socio- assistenziali, coordinamento di progetti per la formazione e l'inserimento lavorativo;
- 1 Centro di riabilitazione Residenziale e Semiresidenziale presso il comprensorio ex manicomiale (20 posti di residenzialità e 20 posti di semiresidenzialità);
- partecipazione alle attività della Consulta dei disabili della ASL;
- 1 *istituendo* Centro Diurno di Riabilitazione complessa per le gravi cerebrolesioni acquisite gestito da una Fondazione nata da una partnership pubblico-privato di cui la ASL è socio di maggioranza).

Il DMFeR ha funzioni di **vigilanza** sulle strutture accreditate che erogano assistenza riabilitativa sul territorio di competenza:

- 10 Istituti di Riabilitazione ex art.26 per assistenza estensiva e di mantenimento (circa 500 posti letto, 350 posti in semiresidenzialità e circa 2000 posti per assistenza non residenziale)

Il DMFeR **collabora** infine con le competenti strutture aziendali, sul territorio di competenza, alla **vigilanza di**:

- 15 ambulatori FKT accreditati;
- 8 case di cura per assistenza riabilitativa intensiva post-acuzie cod.56.

In virtù delle funzioni di erogazione e di vigilanza del Dipartimento è evidente come sia possibile seguire il percorso riabilitativo dei pazienti residenti, vuoi che esso sia impostato a livello delle case di cure accreditate, o degli ex articoli 26, vuoi che sia avviato in una “post-acuzie” del territorio comunale; in questo percorso uno dei “crocevia di raccordo” è rappresentato dall’Assistenza Protesica poiché la prescrizione, in qualsiasi ambito avvenga, viene portata all’ufficio territoriale di nostra competenza. Se ad esempio un ausilio viene prescritto dal medico di un Istituto ex- articolo 26, possiamo far riferimento al progetto e programma riabilitativo a noi inviato dall’Istituto e verificarne la congruenza; se invece è prescritto in ambito assistenziale territoriale si può verificare se ci sono sovrapposizioni di competenze tra il servizio ASL e gli istituti accreditati territoriali e dialogare con le figure sanitarie dell’equipe di riferimento per arrivare alla soluzione migliore. Possiamo cercare di attivare la rete dei servizi, laddove non presente.

Proprio nei “fascicoli documentali“ dell’Assistenza Protesica spesso si ritrovano prescrizioni ripetute e incongrue fatte più volte da specialisti territoriali, anche in pazienti seguiti in Istituti in cui è prevista la presa in carico globale: spesso ripetono la prescrizione dello stesso ausilio perché “non più idoneo”, senza fare una corretta valutazione clinico funzionale e contestuale con conseguente aggravio della spesa e mancata soluzione del problema.

La possibilità di incrociare i dati dipartimentali delle prestazioni eseguite come erogatore diretto e come erogatore indiretto - attraverso la sorveglianza degli istituti riabilitativi insistenti sul nostro territorio - ci permette un’opportunità di elaborazione di percorsi assistenziali maggiormente efficaci.

#### 4. Bacino d’utenza

Il bacino d’utenza della ASL Roma E è di 536.236 abitanti (stimato nel 2000) e la distribuzione della popolazione varia nel contesto territoriale, dove si alternano aree ad elevatissima popolosità e aree molto più vaste ma scarsamente popolate dove vi sono insediamenti residenziali

Nei 4 municipi il peso demografico, l’indice di vecchiaia e l’indice di dipendenza sono ripartiti secondo la seguente tabella:

MUNICIPIO	Estensione Kmq2	PESO DEMOG.	INDICE Vecchiaia	INDICE DIPENDENZA	I. Dipendenza ANZIANI
17	5.6	2.7%	260	51.9	37.5 (72%)
18	68.7	4.8%	157.4	44.4	26.7 (60%)
19	131.3	6.4%	136.6	46.7	27.1 (60%)
20	186 (30 %)	5.2%	118.1	42.8	23.2 (54%)
TOT	392.3	19.1%	149.3	45.7	27.3 (60%)

Tabella I: relazioni estensione territoriale/ peso demografico del bacino utenza

- **Indice di vecchiaia:** rapporto tra la popolazione di età > 65 anni e quella < 14 anni
- **Indice di dipendenza:** rapporto tra la popolazione di età non attiva ( 0-14 e > 65anni) e la popolazione tra i 15-64 anni
- **Indice di dipendenza anziani:** rapporto tra popolazione anziana, oltre i 65 anni e la popolazione tra i 15 ed i 65 anni



La maggior incidenza di anziani è nell'ambito della zona più centrale, il municipio 17.

Le prescrizioni di ausili avvengono sia in ambito ospedaliero che territoriale, ambulatoriale specialistico, domiciliare, nelle case di cura accreditate per la "post-acuzie" ed in ambito degli ex-articolo 26.

I dati in nostro possesso non ci permettono ancora di avere specifiche correlazioni tra tipologia di utenza, disabilità, e prescrittore di riferimento, ma, dall'esperienza maturata, possiamo dire che la maggior parte delle prescrizioni per i minori vengono fatte dai neuropsichiatri del Dipartimento Materno-Infantile o dai colleghi degli Istituti accreditati ex articolo 26 per i pazienti con grave disabilità neuromotoria e cognitiva, il centro ASL di riferimento fa parte del nostro Dipartimento e nel caso in cui il paziente sia seguito da un altro Istituto accreditato, viene comunque richiesta dal curante la visita domiciliare per la prescrizione di ausili, che è effettuata dai fisiatristi CAD del nostro Dipartimento. La restante parte delle prescrizioni avviene tramite i geriatri e i neurologi dell'assistenza domiciliare infermieristica, dagli ortopedici e neurologi degli ambulatori territoriali – soprattutto per la prescrizione di calzature e plantari, ortesi e protesi – più rare sono le prescrizioni dei reparti ospedalieri ed universitari.

La spesa relativa alle 29.978 autorizzazioni emesse nel 2004 è stata di 8.833.274,40 €, compatibile con quella del 2003 in cui il numero delle autorizzazioni totali è stato inferiore (7.907.829 € a fronte di 27795 autorizzazioni). Il trend della spesa è stato confrontato dal 2002 al 2004 (Tabella II) e l'ulteriore confronto dei dati del primo semestre 2004- 2005 (Tabella III) ci permette di stabilire che il budget di spesa protesica prevedibile non si discosterà di molto da quello dell'anno precedente e che la spesa aumenta proporzionalmente ad un numero maggiore di utenti afferenti.

ANNO	2002	2003	2004
Totale autorizzazioni	27.320	27.795	29.978
Tot utenti	25.991	26.148	28.509
Costo autorizzazioni	7.587.831,91	7.907.829,18	8.833.274,40

Tabella II: confronto spesa complessiva protesica degli anni 2002-2003-2004

Attività	1°Trim.2004	2°Trim.2004	1°Trim.2005	2°Trim.2005
N° autorizzazioni elenco 1	1.876	1929	1.843	2008
N° autorizzazioni elenco 2	1.563	1445	1.331	1501
N° autorizzazioni elenco 3	14	17	14	19
N° autorizzazioni elenco 2 Provveditore	144	155	154	159
N° autorizzazioni elenco 3 Provveditore	248	155	399	162
N° autorizzazioni Appalto Pannoloni	3.885	3.703	3.897	3.904
<b>Totale autorizzazioni</b>	<b>7.730</b>	<b>7.404</b>	<b>7.638</b>	<b>7.753</b>
Costo Autorizzazioni elenco 1	979.516,56	1.032.045,82	1.010.547,26	1.149.017,28
Costo Autorizzazioni elenco 2	532.441,36	505.374,15	445.460,31	519.008,70
Costo Autorizzazioni elenco 3	50.819,37	60.214,54	48.092,21	68.042,15
<b>Tot.costo autorizzazioni a preventivo</b>	<b>1.562.777,29</b>	<b>1.624.184,90</b>	<b>1.504.099,78</b>	<b>1.756.701,42</b>
Costo autorizzazioni elenco2 Provveditore	53.392,72	47.493,37	53.814,22	55.178,36
Costo autorizzazioni elenco3 Provveditore	392.867,51	264.292,05	715.690,52	172.976,24
<b>Tot.costo autorizzazioni Provveditore</b>	<b>446.260,23</b>	<b>321.623,47</b>	<b>769.504,74</b>	<b>228.154,60</b>
<b>Costo autorizzazioni Appalto Pannoloni</b>	<b>536.409,00</b>	<b>458.411,22</b>	<b>368.653,29</b>	<b>387.955,63</b>
<b>Totale costo autorizzazioni</b>	<b>2.545.446,52</b>	<b>2.404.219,59</b>	<b>2.642.257,81</b>	<b>2.372.811,65</b>
Collaudi	1.221	1145	1.255	1373
Utenti totale mese	7.362	7045	6.384	7015
Utenti nuovi	1.046	857	1.040	1356
Utenti deceduti	185	116	194	135
AUSILI	ritirati	459	292	512
	riassegnati	326	264	343
<b>Valore ausili rassegnati</b>	<b>88.086,29</b>	<b>82.726,96</b>	<b>119.513,59</b>	<b>103.103,67</b>

Tabella III - Confronto dei dati statistici 1° semestre 2004- 2005

I dati statistici raccolti dal 2001 ad oggi ci permettono di differenziare il N° delle autorizzazioni per elenco 1, elenco 2 ed elenco 3 erogati direttamente da preventivo o acquistati dal provveditorato perché non prezzati nel DM 332/99 - ed il relativo costo, il N° ed il costo delle autorizzazioni riguardanti pannoloni e traverse, forniti in appalto dal 2003, il numero dei collaudi, il N° di utenti afferenti ogni mese, il N° di nuovi utenti, il N° di pz. deceduti, gli ausili concessi in virtù delle

autorizzazioni speciali per gli invalidi di guerra , gli ausili ritirati e rassegnati ed il corrispettivo valore economico del riassegnato, i tempi medi di attesa per le autorizzazioni ( *Tabella IV*).

Attività	1°Trim.	2°Trim.	3°Trim.	4°Trim.	2004	
N° autorizzazioni elenco 1	1.876	1929	1563	2261	7629	
N° autorizzazioni elenco 2	1.563	1445	1447	1447	5902	
N° autorizzazioni elenco 3	14	17	17	20	68	
N° autorizzazioni elenco 2 Provveditore	144	155	115	159	573	
N° autorizzazioni elenco3 Provveditore	248	155	103	157	663	
N° autorizzazioni Appalto Pannoloni	3.885	3.703	3.690	3865	15143	
<b>Totale autorizzazioni</b>	<b>7.730</b>	<b>7.404</b>	<b>6.935</b>	<b>7909</b>	<b>29978</b>	
Costo Autorizzazioni elenco 1	979.516,56	1.032.045,82	774.806,29	1.034.353,08	3.820.721,75	
Costo Autorizzazioni elenco 2	532.441,36	505.374,15	448.718,74	489.236,98	1.975.771,23	
Costo Autorizzazioni elenco 3	50.819,37	60.214,54	58.096,83	67.798,71	236.929,45	
<b>Tot. costo autorizzazioni a preventivo</b>	<b>1.562.777,29</b>	<b>1.624.184,90</b>	<b>1.281.621,86</b>	<b>1.591.388,77</b>	<b>6.059.972,82</b>	
Costo autorizzazioni elenco2 Provvedit	53.392,72	47.493,37	45.164,74	47.741,71	193.792,54	
Costo autorizzazioni elenco 3 Provvedit	392.867,51	264.292,05	154.851,56	78.040,60	890.051,72	
<b>Tot.costo autorizzazioni Provveditore</b>	<b>446.260,23</b>	<b>321.623,47</b>	<b>200.016,30</b>	<b>125.782,31</b>	<b>1.093.682,31</b>	
<b>Costo autorizzazioni Appalto pann</b>	<b>536.409,00</b>	<b>458.411,22</b>	<b>325.814,74</b>	<b>358.984,31</b>	<b>1.679.619,27</b>	
<b>Totale costo autorizzazioni</b>	<b>2.545.446,52</b>	<b>2.404.219,59</b>	<b>1.807.452,90</b>	<b>2.076.155,39</b>	<b>8.833.274,40</b>	
Collaudi	1.221	1145	849	1505	4720	
Utenti totale mese	7.362	7045	6546	7556	28509	
Utenti nuovi	1.046	857	798	1105	3806	
Utenti deceduti	185	116	109	137	547	
Contributi L.104/92 art.27	2				2	
Autorizzazioni Inv.Guerra	7	3	1	4	15	
AUSILI	ritirati	459	292	361	333	1445
	riassegnati	326	264	218	260	1068
<b>Valore ausili riassegnati</b>	<b>88.086,29</b>	<b>82.726,96</b>	<b>66.760,11</b>	<b>90.951,03</b>	<b>328.524,39</b>	
Tempo medio di attesa per rilascio autorizzazione	7	7	7	7	7	

*Tabella IV: statistica anno 2004*

## 5. Situazione Iniziale

L'organizzazione territoriale dell'Assistenza Protetica, all'interno del Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione, come già descritta in precedenza, prevede l'interfacciarsi di due ruoli, quello del prescrittore e quello dell'autorizzatore, che solo apparentemente sono in contrapposizione. Di fatto, entrambi sono operanti nell'ambito del sistema pubblico, come previsto dal DM 332/99, che estende la possibilità di prescrizione anche al "privato" solo "per motivi di necessità ed urgenza, nel corso di ricovero presso strutture sanitarie accreditate, pubbliche o private".

Comunque, nello scenario collettivo il ruolo della ASL, soprattutto dell'autorizzatore, rimane visto solo come il "controllore burocratico".

Nell'esperienza Dipartimentale abbiamo messo a confronto l'esigenza fondamentale del medico prescrittore - la necessità clinica di poter fornire all'utenza tutte le prove indispensabili testate con dei sopralluoghi al domicilio del paziente - con le esigenze del medico autorizzatore che auspica il contenimento di una spesa in continua crescita e, su mandato regionale, ha l'esplicita esortazione all'esperire gare d'appalto.

Oltre a ciò abbiamo considerato che nel "sistema assistenza protesica" esistono altri interlocutori, quali i produttori e la rete dei distributori- per interderci meglio: le officine ortopediche - che hanno un peso non indifferente nella determinazione legislativa in merito, soprattutto a livello regionale.

Il *sistema*, riassumendo, deve tener conto :

- degli utenti

- delle risorse interne capaci di garantire e sviluppare il servizio ASL
- dei prodotti (ausili , ortesi, protesi) e della relativa normativa in merito
- della rete dei produttori- distributori e relative figure professionali in esso operanti
- dei LEA, del SGQ, della Certificazione CE

Lo sforzo del lavoro dipartimentale è stato quello di entrare nel merito del “*sistema*” raccogliendo il maggior numero di dati (non solo statistici) elaborando le possibili soluzioni alle criticità emergenti dalle nostre realtà lavorative, per riuscire a proporre nel cosiddetto “Disease Management” delle valide soluzioni gestionali che tutelino la persona disabile nel proprio tentativo di miglioramento di autonomia ed indipendenza.

Abbiamo messo in atto ogni strategia per definire i profili assistenziali in assistenza protesica mirando a garantire l’esigenza di individuare soluzioni e/o linee programmatiche

- per un’ erogazione adeguata di prodotti (assistive devices) efficaci
- per la gestione degli atti di ufficio legati all’acquisto dei dispositivi,
- per le fasi di monitoraggio e di follow-up necessari per la rivalutazione a distanza dell’efficienza e dell’efficacia del dispositivo erogato.

L’obiettivo del Dipartimento di definire dei profili assistenziali in ambito dell’assistenza protesica non si discosta molto da quanto detto da Andrich (1996, pag. 7): “*un sistema di assistenza protesica deve offrire ausili tecnici appropriati e di buona qualità a coloro che ne abbisognano, e quando ne necessitano. Allo stesso tempo il sistema deve ottimizzare il rapporto tra costo ed efficacia, ridurre le barriere economiche per gli utenti e le aziende, e minimizzare i costi amministrativi. Infine, un buon sistema deve essere capace di adattarsi all’evoluzione dei bisogni individuali, al mercato, alle caratteristiche demografiche, e deve essere capace di mettere a frutto il più possibile gli sviluppi tecnologici. La qualità di un sistema di assistenza protesica può essere meglio analizzata tramite una griglia di 6 parametri: accessibilità, competenza, coordinazione, efficienza, flessibilità, influenza dell’utente*”. Di questi 6 parametri specificiamo che:

- **L’accessibilità:** va intesa in senso globale, non solo architettonicamente, ma anche per ciò che riguarda procedure snelle, e relazioni costi-benefici, semplicità ed efficacia dei servizi di manutenzione e informazione.
- **La Competenza ed il Coordinamento:** riguardano tutti gli operatori e tutti gli attori del “sistema”
- **L’efficienza:** è la capacità di trovare migliori soluzioni per la maggior parte delle persone utilizzando le risorse disponibile, al minimo costo e nel minor tempo possibile. Questo ci coinvolge in prima persona, sia perché diretti erogatori sia perché dobbiamo stabilire gli indicatori di efficienza da monitorizzare
- **La flessibilità:** indispensabile perché ogni situazione è unica, perché ci sono molteplici soluzioni alternative, perché la “domanda” è potenzialmente infinita (a differenza delle risorse disponibili).
- **L’influenza dell’utente:** senza la convinzione dell’utente sulla reale utilità della soluzione proposta la prescrizione e l’autorizzazione sfoceranno in un abbandono dell’ausilio. La responsabilizzazione della persona ed il coinvolgimento nella scelta rappresentano uno dei prerequisiti essenziali: solo il fruitore può giudicare la bontà della soluzione proposta.

La prescrizione e l’autorizzazione, con le loro relative criticità, sono state poi incardinate nel Sistema di Gestione in Qualità (SGQ), in quanto le ASL, laddove gestiscono un budget devono assicurare di saper definire esattamente il “*chi fa - che cosa*”, comprendendo in ciò anche la supervisione di qualità di tutti i servizi eventualmente erogati indirettamente e attraverso appalti

Riguardo al SGQ ricordiamo brevemente che secondo tale norma l’*utente* è posto *al centro* del sistema, come fruitore del servizio, egli *pretende la qualità* della prestazione che è *assicurata dalla certificazione*, che è dichiarata e verificabile.

I vantaggi della certificazione sono rappresentati dal miglioramento della struttura, dall’efficienza delle prestazioni, dal contenimento dei costi attraverso la prevenzione degli errori.

Lo schema che riassume la Gestione del sistema secondo la norma UNI EN ISO 9001/ 2000 è il “PLAN/ DO/CHECK/ ACT” (Tabella V e VI) che deve essere continuamente applicato per garantire la bontà del risultato cioè la conformità del prodotto al requisito richiesto.

<b>SCHEMA</b>	<b>MODALITA'- AZIONI</b>	<b>FINALITA'</b>
<b>PLAN</b>	<b>DESCRIZIONE DELLA DOCUMENTAZIONE E DELLA PIANIFICAZIONE DEI PROCESSI E DELLE PROCEDURE</b>	<b>OTTENERE L'OBIETTIVO TENENDO CONTO DELLE RISORSE DISPONIBILI</b>
<b>DO</b>	<b>AGIRE IN MODO CONFORME A QUANTO PIANIFICATO</b>	<b>ASSICURARE L'APPLICAZIONE DEI PROCESSI E DELLE PROCEDURE</b>
<b>CHECK</b>	<b>CONTROLLARE</b> • SE CONFORME • NON CONFORME	<b>ASSICURARE CONDIZIONI CONTROLLATE DEL PROCESSO</b> <b>ANALISI DEI DATI</b> <i>IN INGRESSO ( Istruzioni di lavoro )</i> <i>IN USCITA ( Registrosioni )</i>
<b>ACT</b>	<b>AGIRE ANDANDO A VERIFICARE QUALE RISORSA NON HA FUNZIONATO</b>	<b>ASSICURARE LA RIMOZIONE DELL'ERRORE - CONSEGUENTE MIGLIORAMENTO DEL SISTEMA</b>

Tabella V: Schema “ plan - do – check- act” UNI EN ISO 9001/2000

## 6 Obiettivi del progetto

Dal momento che la certificazione della conformità verificata assicura all'utenza la qualità del servizio, appare evidente che nella tabella VI è descritto il **primo passo** per definire dei "criteri di prescrivibilità", per garantire l'efficacia riabilitativa del prodotto, per avere delle linee di indirizzo riguardo agli ausili cosiddetti "riconducibili"; per fornire dei criteri univoci per gestire le gare d'appalto in modo da garantire la qualità e l'efficacia riabilitativa dei dispositivi immessi in gara.

<b>Identificare i processi</b> necessari per il sistema di gestione della qualità e la loro applicazione nell'ambito di tutta l'organizzazione
<b>Stabilire la sequenza e le interazioni tra i processi</b>
<b>Stabilire i metodi ed i criteri</b> necessari per assicurare l'efficace funzionamento e l'efficace controllo di questi processi
<b>Assicurare la disponibilità delle risorse</b> e delle informazioni necessarie per supportare il funzionamento ed il monitoraggio di questi processi
<b>Monitorare, misurare ed analizzare</b> questi processi
<b>Attuare tutte le azioni necessarie</b> per conseguire i risultati pianificati ed il miglioramento continuo di questi processi
<b>Assicurare il controllo sui processi affidati ad organizzazioni esterne all'organizzazione</b>

Tabella VI: sintesi del Sistema Gestione della Qualità UNI N ISO 9001/2000

L'obiettivo del progetto elaborato in questa tesi è trovare le soluzioni strategiche e gli strumenti operativi per garantire che la gestione degli ausili erogati avvenga, in appropriatezza, all'interno del "Sistema Assistenza Protesica".

Realizzare nel **CIEVA** il servizio dove elaborare corrette soluzioni strategiche per la gestione "in qualità" del Sistema Assistenza Protesica garantendo:

- **la razionalizzazione dell'Assistenza Protesica**, ottenendo, con la presa in carico globale, un risparmio sui costi sanitari e sociali dovuti a prescrizioni incongrue e non effettuate sulla reale analisi dei bisogni del paziente affetto da gravi disabilità
- **la gestione efficace ed efficiente dei dispositivi protesici e degli ausili di proprietà della Asl** (comprendenti anche i dispositivi afferenti al "magazzino ausili" e l'eventuale riutilizzo)
- **le linee di indirizzo nell'ambito della prescrizione** degli ausili e nell'ambito delle riconducibilità dei dispositivi protesici, oltre che sulle possibili soluzioni domotiche

Sicuramente **superare le criticità legate** alla superficialità prescritta, attraverso il controllo della congruità prescrittiva è un dovere ed una priorità a garanzia di una erogazione efficace ed efficiente.

Per quanto riguarda **l'efficacia riabilitativa del dispositivo**, non è certo la certificazione CE a garantirla in quanto essa ci attesta solo la non dannosità e la sicurezza.

Sono invece i test di laboratorio ad attestarne la qualità, secondo la norma ISO, che è facoltativa per il produttore. **La funzionalità** degli ausili andrebbe poi vista con dei test funzionali accompagnati da una sperimentazione validata e certificata secondo protocolli registrati.

Di fatto, attualmente, gli ausili – appartenendo alla classe I dell' allegato IX della norma EN 93/42 CEE – sono immessi sul mercato con la sola certificazione di conformità alla direttiva CEE da parte del produttore che si assume la responsabilità della conformità del prodotto.

La valutazione della congruità prescrittiva, eseguita da operatori competenti, permette invece di valutare l'appropriatezza della funzione riabilitativa del dispositivo e garantisce l'erogazione di dispositivi efficaci. La scelta di un metodo corretto di valutazione, e di metodologia prescrittiva in materia di ausili, ortesi e protesi, utilizzando strumenti di lavoro validati, garantirà la gestione efficace ed efficiente dell'assistenza protesica e l'erogazione di ausili efficaci da parte della ASL.

A conforto di tali affermazioni sono le proposte portate all'attenzione del Ministero della Salute per tentare di risolvere le problematiche correlate al sistema dell'immissione dei nuovi prodotti nel Nomenclatore, dal **CSR (Commissione Studi e ricerca per gli ausili Tecnici)** fondata nel 1999, che

propone la redazione di un repertorio degli ausili ( Agati M.T. 2002) oltre alla revisioni dello stesso NT redatta dal SIVA (Nomenclatore degli ausili Andrich et al. 2003)

L'evoluzione probabile, in assenza degli interventi predetti, è rappresentata dalla permanenza del *sistema assistenza protesica* in una situazione irrazionale in cui non può essere garantita all'utenza una risposta efficace ai bisogni richiesti.

## 7. Articolazione del progetto

Per la realizzazione del CIEVA è necessario:

1. individuare spazi idonei accessibili ed accoglienti
2. formare il personale che costituirà l'equipe
3. condividere gli obiettivi del progetto col personale
4. definire le procedure ed i processi di lavoro
5. stabilire gli strumenti di lavoro e di verifica dei processi
6. individuare eventuali professionalità consulenti per il servizio
7. definire le attrezzature necessarie ed il piano economico

Si descrivono di seguito le soluzioni prospettate per ciascuno di questi sette aspetti.

### 1. Individuazione degli spazi idonei

La scelta degli spazi idonei per il Centro è una decisione che spetterà alla Direzione Aziendale, su proposta del Direttore del Dipartimento. Attualmente non ci sono molti spazi disponibili in ambito territoriale e il mandato del Direttore Aziendale è di cercare di organizzare dei servizi utili "isorisorse": la mia proposta è l'utilizzazione degli ambienti dell'attuale Magazzino Ausili ASL, per i seguenti motivi:

- si trova in locali accessibili all'utenza, è diviso in diverse zone, ben strutturate in quanto fino a due anni fa era la sede di un ostello ed era quindi organizzato a mo' di albergo, pertanto ci sono anche zone con i servizi e attacchi per il gas che potrebbero essere sfruttati- con minimi lavori di ristrutturazione- per fare un vero e proprio appartamento accessibile integrando il progetto con un percorso di terapia occupazionale precedente al reinserimento al domicilio.
- una parte dei locali del magazzino è già strutturato come segreteria, è ben arredato ed accogliente, ed i locali attigui, una volta sgomberati dalla rimanenza di magazzino- che dovrebbe rientrare nell'appalto previsto per alcuni dispositivi dell'elenco 2 e 3 del D.M. 332/99 - vengono destinati a: una stanza per le valutazioni funzionali e le prove di postura, un piccolo locale ad officina, una parte per la mostra permanente degli ausili, una stanza per le riunioni dell'equipe e gli incontri con i familiari e l'utenza.
- il presidio di S. Maria della Pietà, che ospita il magazzino, è molto conosciuto e ben collegato da grosse strade di scorrimento esistenti tra i 4 municipi; è accogliente ,all'interno di un parco ben tenuto dove c'è una mensa accessibile ed aperta al pubblico; è vicino ai maggiori ospedali di zona; all'interno del Presidio, in altri padiglioni, ci sono i servizi ambulatoriali, semiresidenziali e residenziali che si occupano dei disabili psichici e motori adulti, i servizi distrettuali dell'assistenza domiciliare integrata per il municipio di riferimento, i servizi di assistenza riabilitativa domiciliare e di assistenza protesica del nostro dipartimento, alcuni servizi delle commissioni per l'invalidità civile, la sede della Consulta per la qualità della vita delle persone disabili che è un *trait- d'union* fondamentale informativo per l'utenza.
- il "**neo**" dell'attuale magazzino è l'accesso alle vetture, o ai camion, su cui devono essere caricati i dispositivi, che risulta troppo stretto perché la presenza di un muretto e di un terrapieno non consente alle vetture di arrivare davanti all'ingresso dei locali del magazzino;

tale situazione è difficilmente sormontabile per via dei vincoli ambientali cui è sottoposto il parco del comprensorio, pertanto **la soluzione** è spostare la gestione del magazzino – come sanificazione, imballaggio e riconsegna – in altra sede, rimanendo comunque garantita l'accessibilità al magazzino alle persone, anche in carrozzina, per visionare i dispositivi presenti in ausilioteca e per tutte le necessità di informazione, prova e valutazione riguardo gli ausili erogabili, compresi quelli in elenco 1, essendo previsto uno spazio di lavoro in cui possono venire i tecnici delle officine scelte dall'utenza.

## **2. Formazione del personale che costituirà l'equipe**

**La formazione dell'equipe** del nucleo di competenza prevede un periodo di training, di almeno 6 mesi, in cui le varie figure professionali dovranno imparare a conoscersi e a condividere i termini e gli obiettivi del progetto. Saranno necessarie la competenza, la sensibilità e le capacità relazionali per riuscire a trasformare la “prescrizione” in un counselling finalizzato all'empowering della persona. Le figure professionali **indispensabili** per l'equipe sono:

- *Fisiatra esperto in Assistenza Protesica e coordinatore del Centro*
- *Terapista occupazionale*
- *Assistente sociale*
- *Psicologo esperto in colloquio di aiuto e counselling*
- *Personale amministrativo e / o di segreteria*

## **3. Condivisione degli obiettivi del progetto col personale**

Il **CIEVA** si struttura come **un servizio territoriale non residenziale** in cui tutti i componenti dell'equipe collaborano, per le rispettive competenze, alla presa in carico globale in cui il momento clinico di valutazione è prioritariamente finalizzato :

- al reinserimento del disabile nel suo ambiente domiciliare garantendo la valutazione della massima autonomia raggiungibile contribuendo al miglioramento della qualità della vita della persona disabile e dei suoi conviventi
- a fornire una struttura pubblica che faccia da ponte tra la riabilitazione medica e la riabilitazione sociale rendendo efficaci le connessioni della rete dei servizi
- alla umanizzazione e qualificazione dei servizi di assistenza protesica tracciando un percorso costruito con il disabile stesso che diventa il protagonista, primo responsabile delle scelte per la propria autonomia

## **4. Definizione delle procedure e dei processi di lavoro**

Nel CIEVA sono stati definiti i processi e le procedure in relazione alle seguenti 3 linee di attività:

- **la consulenza ed informazione** per tutti i disabili, e per gli autorizzatori dell'assistenza protesica che *comprende* la presa in carico e la verifica del reale utilizzo dei dispositivi già erogati, con la conseguente proposta di una soluzione efficace della problematica posta all'accettazione.
- **la redazione delle linee guida procedurali** qualitative dell'assistenza protesica: attività necessaria per la “razionalizzazione” del “sistema” per cui:
  - ✓ È stato redatto ed applicato il regolamento della UOS Assistenza Protesica contenente la specifica delle procedure legate all'accoglienza, alla autorizzazione, alla erogazione dei dispositivi
  - ✓ Sono state redatte le “**schede requisito**” degli ausili facenti parte del capitolato di **gara** della ASL per i dispositivi in elenco 2, la scheda requisito del servizio di fornitura con le

specifiche degli elementi qualificanti il servizio e definito un lotto della gara d'appalto per il solo **servizio di riciclaggio** degli ausili, con il dettaglio le procedure attuative cui si deve attenere la ditta vincitrice.

- ✓ E' stato redatto il modello di "pre accettazione" all'assistenza protesica per i pazienti. in via di dimissione ospedaliera ( allegato 1)
- ✓ I medici autorizzatori hanno individuato delle "**riconcucibilità**" a rischio di **inappropriatezza** stilando delle regole di comportamento condivise riguardo alcuni dispositivi (allegato 2)
- ✓ E' stato redatto ed applicato un modulo da allegare al fascicolo documentale e da dare al pz. in caso mancanza di congruità prescrittiva tale da rendere impossibile l'autorizzazione del dispositivo richiesto (allegato 3)

Nel caso in cui il prescrittore non fornisca dati esaurienti ai fini autorizzativi sarà attivata la consulenza secondo le modalità specificate nel cap. 9. La presa in carico si attuerà per pz. con disabilità complessa "in via di dimissione" – con prescrizione ospedaliera/ post-acuzie riabilitativa o per pz. con disabilità complessa che presenti preventivo e prescrizione per un "rinnovo" di autorizzazione (allegato 4)

### **5. Strumenti di lavoro e di verifica dei processi**

Per la verifica dei processi autorizzativi:

- ✓ il personale amministrativo dell'assistenza protesica, al momento del ritiro dell'autorizzazione, rilascia l'invito al collaudo (allegato 5).
- ✓ il questionario di valutazione della qualità percepita sull'ausilio e sul servizio diretto ed indiretto QUEST vers. 2.0 (Fucelli 2001), viene utilizzato, al tempo 0 e al tempo 1(6- 12 mesi dopo il collaudo ) inizialmente su un campione sperimentale randomizzato,
- ✓ viene somministrazione lo strumento IPPA ad ogni follow-up programmato per il singolo caso seguito dal CIEVA

Tutti gli strumenti di lavoro saranno sottoposti a periodica verifica e, se necessario, ne saranno impostati di nuovi; potranno essere anche rivisti i tempi di somministrazione del QUEST in base alle esigenze di servizio.

### **6. Individuazione di eventuali professionalità consulenti per il servizio**

Per garantire una risposta alla numerosissima e differente richiesta in materia di ausili, per persone in età differenti si dovrebbe poter avere delle figure professionali, a consulenza - oltre il personale dipendente indispensabile per creare il gruppo di competenza descritto al punto 3 - che possano con la loro professionalità e competenza valutare situazioni particolari come ad esempio:

- Tecnico informatico: per valutare le corrette interfacce ed i vari programmi utilizzabili per progetti di comunicazione aumentativa
- Logopedista: per eventuali trattamenti in cui sono integrati programmi di apprendimento soprattutto per l'età evolutiva; potranno collaborare con il centro tutti i terapisti che seguono la persona a domicilio, siano essi in convenzione con la ASL o integrati in ambito ex-articolo 26
- Fisioterapisti, anche esperti in età evolutiva: potranno collaborare, come già detto, con il centro, per una corretta integrazione del progetto riabilitativo.
- Consulente alla pari: una persona con disabilità che abbia già affrontato e risolto il problema di sentirsi "diverso da prima" rappresenta una grande risorsa per l'empowering della persona, per spiegare come l'ausilio, seppur espressione di "diversità", è strumento di indipendenza. Molto spesso il consulente alla pari è accettato molto di più rispetto allo psicologo e risulta molto fruttuoso nell'ambito dell'equipe.
- Geometra/ Architetto , esperto in progettazione accessibile



- Consulenti medici di altre specialità: su chiamata del fisiatra responsabile del progetto/programma, a seconda delle necessità del caso.

## 7. *Attrezzature necessarie e piano economico*

I costi di questo progetto si relazionano alla evoluzione stessa che può assumere il centro: rimanere centro di informazione, consulenza e valutazione per l'assistenza protesica, o diventare un punto di riferimento per i progetti di terapia occupazionale territoriali finalizzati a sviluppare la massima autonomia al proprio domicilio? Possiamo fare una analisi generale dei costi distinguendo:

- **costi di prodotto / servizio** che corrispondono al valore delle risorse associabili in modo diretto o indiretto alla realizzazione del prodotto/servizio (mano d'opera fissa/mano d'opera flessibile + costi di materiale di consumo e di materie prime ( arredi /pc/internet, materiale termoplastico per la costruzione di piccole ortesi, materiale di prova per la valutazione posturale ecc., spese per la manutenzione degli ausili...)
- **costi delle attività di supporto**, non direttamente associabili alla realizzazione del prodotto/servizio
- **costi indipendenti dal volume delle attività**: affitto locali, energia, ammortamenti, manutenzione, controllo della qualità, assicurazioni, spese generali e amministrative, aggiornamento professionale

La stima dei costi per l'avviamento del CIEVA all'interno dell'attuale Magazzino Ausili della ASL è fatta tenendo conto degli elementi strutturali, del materiale di consumo e delle **attrezzature indispensabili** per lo svolgimento al lavoro all'interno del centro.

Per la costituzione dell'**ausilioteca** il materiale (carrozine, sistemi di postura, materiale antidecubito, sollevatori, l'utilizzo di impianti di domotica ecc...) sarà richiesto in comodato d'uso o in visione alle ditte produttrici.

## 8. Risultati previsti

Il principale risultato che si vuole ottenere è la creazione di un polo di riferimento per tutti coloro che necessitano di risposte complete ed efficienti da parte del Servizio Pubblico a dei bisogni legati alla disabilità. Coloro che afferiscono agli sportelli amministrativi dell'Assistenza Protesica - siano essi i disabili in prima persona o i loro familiari - cercano un punto fermo in cui sia garantita non solo la corretta informazione ma anche l'attenzione alla globalità delle problematiche, che, in genere, sono assai complesse: ad esempio, la necessità di ridurre i "viaggi" dovuti alle prescrizioni incongrue o ad informazioni errate e che costringono ad un passaggio tra officina-ambulatorio-ASL, garantendo così una informazione corretta abbinata ad una reale presa in carico (con l'inclusione del sopralluogo territoriale o domiciliare)

La ASL ha la responsabilità di tutelare il paziente rispetto a quanto di eccessivo (od in difetto) possa essergli offerto dai fornitori: garantire un servizio di assistenza protesica che sia di **vera assistenza** e pertanto comprenda anche un lato clinico, divulgativo, formativo effettuato in un ambiente accogliente dove la persona si senta in un certo senso "protetta" dall'aggressività del mercato e dalla superficialità dei prescrittori poco attenti alla valutazione del rapporto ausilio-contesto.

**Garantire**, con il follow-up, anche il servizio inerente **tutte le operazioni che seguono la fornitura del dispositivo**, dalla valutazione dell'efficacia del dispositivo erogato, alla manutenzione, allo smaltimento, all'eventuale riciclo, eseguito in termini chiari, trasparenti e di qualità. L'attivazione del CIEVA garantisce all'azienda ASL la possibilità di verificare sia la bontà del servizio esistente sia la bontà del prodotto erogato, supervisionando il servizio offerto dai fornitori.

Il gruppo di competenze dell'equipe del Centro permette anche di **stabilire delle linee di indirizzo su temi ostici - come la "riconducibilità funzionale"** - a garanzia di forniture corrette, a garanzia della verifica e della validazione / sperimentazione dei dispositivi su misura dell'elenco 1 ancora esclusi dal

D.M. 332/99 e per i quali attualmente sono usate riconducibilità più economiche che funzionali, per arrivare a paradossi in cui per lo stesso prodotto finito troviamo codifiche differenti in fornitori differenti: esempio unico e chiarificatore potrebbe essere la cuffia con chiodo delle protesi di coscia che è codificata con fantasiose riconducibilità (ogni officina ha la sua!)

All'interno del Centro saranno sperimentati *strumenti di calcolo gestionale ed economico sull'analisi costi / benefici sul lungo periodo* confrontando differenti soluzioni possibili in progetti individualizzati. Il confronto dei nuovi elementi di calcolo gestionale con i dati statistici raccolti potrebbe evidenziare nuove soluzioni tecnologiche ed organizzative.

Attraverso il controllo periodico del lavoro sarà possibile rivalutare con occhio critico anche gli errori effettuati e permetterà la rimozione dell'errore stesso, o la revisione dei capitoli di spesa laddove risulti un abbandono di alcuni dispositivi. Rimanere in contatto con l'utenza servirà a verificare le iniziative intraprese o stimulate dalla consulenza effettuata presso il Centro, oltre che il grado di soddisfazione riguardo l'utilità dell'ausilio e/o il servizio offerto sia direttamente, o laddove appaltato, indirettamente.

## 9. Relazione tecnica

<i>obiettivi</i>	<i>azioni</i>	<i>Tempi di realizzazione</i>
<b>Realizzazione CIEVA</b>	<i>Stesura progetto + presentazione progetto alla Direzione Aziendale con il nulla osta del Direttore del Dip.MFeR</i>	<i>4 mesi</i>
<b>Formazione</b>	<i>Frequenza Corso Tecnologie per l'autonomia del fisiatra coordinatore del centro (a.a 2004/05)</i>	<i>10 mesi</i>
<b>Richiesta del personale per l'equipe</b>	<i>Calcolo dei costi di lavoro diretti ( stimato nel 2005, sarà reso operativo nel 2006)</i>	<i>6-10 mesi</i>
<b>Richiesta degli arredi e materiale di consumo</b>	<i>Dopo la definizione esatta della sede logistica e dopo aver definito se parte del materiale dell'attuale magazzino ausili viene riconsegnato tramite appalto "in fieri" nell'ultimo trimestre del 2005.</i>	<i>6-8 mesi</i>
<b>Definizione delle linee di attività</b>	<i>Proposta e condivisione delle procedure e degli strumenti di lavoro finalizzati al raggiungimento degli obiettivi del Progetto</i>	<i>6 mesi</i>
<b>Pubblicizzazione del CIEVA</b>	<i>Informare con tutti i mezzi possibili la rete dei servizi territoriali e la rete ospedaliera ( con la collaborazione della Consulta per la qualità della vita delle persone disabili)</i>	<i>8-12 mesi</i>

*Tabella VII: sintesi delle condizioni essenziali per la realizzazione del progetto*

**Le modalità operative del CIEVA** possono essere così sintetizzate:

- ✓ **accettazione della richiesta di consulenza** (inviante: utente, familiare, assistente, educatore, medico territoriale....) e **informazioni /orientamento** sul servizio
- ✓ **contatto con l'utente** (frontale, telefonico, posta elettronica) inteso come attività preliminare di valutazione delle necessità: *filtro telefonico, informazione (su tipologie di ausili, legislazione, accessibilità, veicoli...) istruzione, addestramento, consiglio (sulla base di situazioni analoghe già risolte presenti in archivio), intermediazione (con i fornitori), personalizzazione*
- ✓ **consulenza** su fascicolo documentale dell'assistenza protesica, su richiesta del personale medico e/ o amministrativo, comprendente in particolare:
  - ✓ *valutazione della congruità prescrittiva sulla base della documentazione presentata (fascicolo documentale)*
  - ✓ *eventuale presa in carico e sopralluogo*
  - ✓ *eventuali rapporti di intermediazione con officine per prove*
  - ✓ *disponibilità del locale officina del Centro per seguire il caso in ambiente " neutro" e differente rispetto a quello dell'officina che ha presentato il preventivo*

- ✓ **presa in carico dell'equipe**
  - ✓ colloquio di orientamento
  - ✓ progettazione della consulenza
  - ✓ condivisione del “metodo” di lavoro: analisi preliminare e momento progettuale comprendenti nello specifico:
    - Valutazione funzionale e del contesto
    - Valutazione posturale ( strumento: scheda rilevazione sistemi Postura- allegato 6)
    - Valutazione dell'ausilio come funzionalità, consonanza, competenza, contestualità ( scheda rilevazione ambientale per montascale- allegato 6 )
    - Progettazione della soluzione
    - Programmazione degli interventi, quali prove in ausilioteca, adattamenti, somministrazione scale per la valutazione dell'outcome dell'ausilio, ad esempio lo strumento IPPA (Wessels et al, 2000)
    - La partecipazione condivisa dell'utente e dei familiari è un punto essenziale della consulenza, senza la consapevolezza dei quali ogni proposta rimarrà tale e non riuscirà a passare dal livello progettuale al momento decisionale – prescrittivo
  - ✓ Prescrizione ausili
  - ✓ Stima dei costi ( calcolo S-CAI)
  - ✓ Stima della durata tecnica e clinica della soluzione
  - ✓ Decisione della tempistica del follow-up
- ✓ **follow-up** che comprende, oltre il collaudo, con verifica della corrispondenza prescrittiva e funzionale (che diviene una verifica di routine) anche i successivi controlli seriat, la manutenzione e la somministrazione dei questionari di qualità percepita ( QUEST vers 2.0 al tempo 0 e tempo 1, stabiliti di volta in volta) la verifica dei risultati ottenuti e la valutazione di come questi possano aver stimolato iniziative ulteriori nella persona.
- ✓ **momento attuativo**: prevede dopo l'acquisto del dispositivo, da parte dell'utente o della ASL, l'installazione, le personalizzazioni, l'istruzione all'uso,
- ✓ **registrazione della consulenza** attraverso un software specifico
- ✓ **refertazione e/o relazione** dell'avvenuta consulenza
- ✓ **aggiornamento**: periodico e programmato, fa parte del servizio ed è aperto a tutti gli operatori interessati al mondo degli ausili/ accessibilità, prevederà sia incontri in sede con i produttori (formazione interna) che la partecipazione, con turnazione, alle principali mostre nazionali ed internazionali (formazione esterna) in materia (Reha, Exposanità, Handimatica). Inoltre, la discussione periodica e programmata con uno psicologo esperto in colloqui di aiuto su casi clinici che sono risultati più difficili da seguire è auspicabile per la formazione degli operatori del Centro.
- ✓ **Controllo di qualità**: secondo i criteri del “ plan- do - check- act ”, utilizzando strumenti di lavoro condivisi
  - ✓ per la valutazione funzionale e delle attività attraverso schede quali lo strumento Eustat (EUSTAT 1999), la checklist IPPA (Wessels et al, 2000), griglie di valutazione comparativa della funzionalità dell'ausilio (Batavia- Hammer 1990)
  - ✓ per le valutazioni posturali in carrozzina e per la valutazione ambientale dei montascale, attraverso schede di rilevazione dati elaborate dal CIEVA (allegate)
  - ✓ per la valutazione dell'efficacia dell'ausilio (outcome), attraverso lo strumento IPPA (Wessels et al, 2000)
  - ✓ per la valutazione dei costi/ risultati, attraverso il foglio di lavoro SCAI/SIVA (Andrich e Moi, 1998)
  - ✓ per la qualità percepita sull'ausilio e sul servizio, attraverso lo strumento QUEST vers. 2,0 (Fucelli 2001).

I citati strumenti di lavoro sono stati appresi durante il Corso di Perfezionamento in” Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili” e sono scaricabili dal portale SIVA. L'utilizzo della registrazione delle consulenze e di fogli di lavoro informatizzati facilitano il controllo dei dati riguardanti la tipologia di utenza afferente, le patologie in rapporto alla disabilità, il rapporto

richiesta / offerta i rapporti costi/ risultati sui maggiori capitoli di spesa o sui dispositivi “ ad alto costo”.

Tali modalità operative difficilmente si incardinano nel sistema tariffato delle prestazioni ambulatoriali - come definite nel Nomenclatore del 1996 per cui è previsto un rimborso regionale a fronte della prestazione fornita - sia per i tempi necessari a svolgere in qualità le suddette linee di attività che per le voci di corrispondenza. Tentando di inserire il Centro in un discorso di verifica di risorse impiegate / prestazioni effettuate e considerando che tutti gli utenti afferenti sono esenti perché invalidi (per cui non esisterebbe un costo reale per l'utenza) si potrebbe provare a confezionare la *consulenza ausili* in un pacchetto di “ visita fisiatrica”+ “valutazione funzionale”+” valutazione protesica”+ “10 sedute di terapia occupazionale” che ,comunque, probabilmente, non arriverebbe a coprire i costi impiegati nelle risorse necessarie a garantire la presa in carico con il progetto riabilitativo personalizzato comprensivo dei sopralluoghi domiciliari.

L'aspetto auspicabile ed entusiasmante sotto il profilo professionale, sarebbe poter offrire un servizio di qualità in ambito pubblico, senza costringere l'utenza a passare per un iter burocratico fatto di impegnative ( medico di famiglia) e prenotazioni (sportelli territoriali o cup telefonici) con gestione diretta da parte dell'assistenza protesica e diretto rapporto del Centro con l'utenza.

## 10. Scenari

### *Sissi*

Sissi è una bellissima ragazza di 32 anni, che si definisce come “ una bambola un mano agli altri”.

Quando parla di sé spesso afferma di avere 29 anni, è l'età cui la sua mente si è fermata, 3 anni fa quando un incidente auto le ha causato una frattura mielica della quinta vertebra cervicale con conseguente tetraparesi spastica e vescica neurologica.

Prima dell'incidente era una ragazza piena di energie e di aspettative, soprattutto nel campo della moda: era iscritta a una scuola per stilisti e disegnava abiti; per mantenersi agli studi la sera gestiva un pub, con l'aiuto della sorella, con la quale viveva, dividendo il piccolo appartamento in una zona centrale, quartiere pieno di vita.

Il nostro primo incontro è avvenuto a casa sua, nell'aprile del 2004 - circa 1 anno e mezzo dall'incidente – perché il fisioterapista (da noi inviato per l'assistenza domiciliare dal novembre del 2003, epoca del suo rientro al domicilio e di attivazione dell'assistenza domiciliare riabilitativa) mi chiedeva un controllo sia per conoscere la ragazza, visitata da un altro sanitario in precedenza, sia per verificare la postura in carrozzina.

Ho programmato la mia visita nell'orario di trattamento FKT, per rendermi conto anche di quale tipologia di risultato era stato ottenuto dopo circa 5 mesi di trattamento riabilitativo quotidiano domiciliare. Purtroppo la situazione che ho trovato è stata abbastanza disarmante.

Il palazzo in cui abita Sissi ha una lunga rampa di scale, non sormontabile con uno scivolo e per accedere all'ascensore si passa poi per un cortile; l'ascensore è lungo e stretto con misure ben inferiori ai 60 cm. e c'è un gradino di circa 25 cm. proprio sulla porta di casa; la profondità del pianerottolo è veramente ai limiti per ogni manovra di carrozzina! Il corridoio di accesso alla casa è stretto e i mobili lo restringono ancora di più, la casa ha 3 vani: sala, cucina , camera da letto, bagno.

Ad accogliermi è la mamma di Sissi: si è trasferita a casa della figlia dall'epoca dell'incidente dedicandosi completamente alla figlia, è un'infermiera e ha quindi tutte le competenze per aiutare la figlia nella gestione del cateterismo, della cura del sé, la sorella invece si è nel frattempo sposata e vive in un'altra casa. Sissi è a letto, anche se è quasi ora di pranzo: in realtà lei passa tutta la mattina a letto, sia perché dorme molto male a causa dei forti dolori dovuti alla spasticità che per i problemi di insonnia legati ad uno stato depressivo per cui assume dosi massicce di miorilassanti centrali e periferici oltre a farmaci antidepressivi che tutto sommato riescono solo a ridurre un po' i dolori e gli

spasmi generalizzati ma la rendono anche incapace di leggere un libro, o rimanere concentrata per un tempo adeguato su qualcosa di diverso rispetto alla TV.

Visitandola mi accorgo che basta solo sfiorarle il dorso del piede con la mano per evocare una fortissima risposta di ipertono estensorio degli arti inferiori; il piede sinistro è evidentemente deformato in equino e la retrazione dell'achilleo è tale da impedire un corretto posizionamento anche da seduta. Controlateralmente la situazione della caviglia è meno compromessa, ma prevedibilmente l'evoluzione sarà simile.

Le chiedo come passa la sua giornata e mi risponde che sta a letto tutta la mattina, poi viene messa in poltrona - in salotto - caricandosela in due (la mamma e la badante): in carrozzina ci sta pochissimo, solo se deve uscire, perché ci sta scomoda (anche se è una superleggera con un sistema posturale Jay) mangia in salotto semisdraiata sulla poltrona (che ha una movimentazione elettrica).

I cibi le vengono preparati e tagliati e serviti, in genere mangia con le mani. La prensione è scarsa poiché la mano funzionale è poco efficace in quanto, con il polso in estensione, il pollice non rimane esternamente al pugno ma si ripiega con la falange distale dentro la mano rendendo poco efficace e duratura la presa.

Il letto in cui Sissi passa la gran parte della giornata è un normale letto matrimoniale, che occupa quasi tutta la stanza, il passaggio letto carrozzina è difficilissimo e anche penoso perché ingenera dolore e comunque avviene sempre "di peso"; la tavoletta dei trasferimenti non l'hanno mai sentita nominare.

Le chiedo come fa a lavarsi e lei dichiara che la lavano, la vestono, e se vuole fare il bagno la portano in braccio fino alla vasca: il bagno non è accessibile.

In cucina non ci va mai, non le interessa cucinare - non le è mai interessato! - ed inoltre le fa tristezza mangiare in cucina.

Per uscire di casa l'aiutano la mamma o gli amici, esce poco, a volte la sera, va con gli amici in qualche pub, spostandosi in macchina accompagnata.

Non ha un ragazzo, dopo l'incidente è finita la storia che aveva e adesso non pensa di poter interessare a qualcuno, perché si vede comunque brutta e soprattutto chi prima si avvicinava a lei per la sua bellezza adesso non ha più ragione di avvicinarsi ad una ragazza in carrozzina e totalmente dipendente.

Esce poco di casa e, per superare tutti i gradini non usa il montascale, gli amici fanno prima a sollevare la carrozzina senza ruote (le ruote si devono togliere per forza se si vuole entrare in ascensore!)

Cerco di eseguire una valutazione posturale durante la prima visita ma prendere le misure antropometriche, sul letto, è molto complicato, vista l'ipertonia, quasi impossibile; riprendo poi le misure da seduta in carrozzina, facendomi aiutare dal terapeuta e dalla mamma di Sissi.

Vista la grave situazione di inaccessibilità sia interna che esterna all'appartamento le prospetto delle modifiche del bagno e l'utilizzo di un letto adeguato, ma subito mi rispondono che il letto elettrico ed il sollevatore sono inutilizzati in soffitta perché non saprebbero dove mettere il letto matrimoniale che è del padrone di casa. Propongo di ricontattare il padrone di casa perché mettendo il letto elettrico si faciliterebbero i passaggi posturali e si creerebbe anche più spazio nella stanza in cui potrebbe essere messo una postazione pc con cui Sissi potrebbe cominciare a riprendere comunque qualche attività (lei ha sentito parlare di un programma che si chiama *fotoshop* che le interesserebbe).

Al termine della visita mi dicono che comunque vorrebbero cambiare casa e che forse è inutile per adesso fare dei cambiamenti in una casa in affitto, ma io le invito comunque a riflettere sulla impossibilità di promuovere alcun tipo di autonomia in questa situazione domiciliare.

Le comincio a prospettare una integrazione del nostro progetto domiciliare con delle altre strutture territoriali che possano trattare l'ipertono - nessuno le aveva parlato di tossina botulinica - e vedo che Sissi ha molte reticenze sulla pompa al baclofene, che invece potrebbe essere un tentativo corretto anche per ridurre gli evidenti effetti collaterali dei farmaci che sono già a dosi piene - massicce direi - e che producono scarsi risultati. Mi impegno a crearle il contatto con questi centri.

La mia prima visita termina con *nessuna prescrizione di carrozzina+ sistema di postura*, Sissi è disposta a aspettare del tempo per iniziare poi un programma adeguato di terapia occupazionale finalizzato al miglioramento della propria autonomia nelle AVQ nei trasferimenti e nella postura:

rimaniamo in contatto per un nuovo appuntamento sulla base delle liste di attesa dei servizi territoriali cui dovrò rivolgermi.

### **Riflessioni**

Il caso è “**complesso**” : l’iter riabilitativo post-acuzie è durato 1 anno, la ragazza è stata inviata al domicilio in quanto la situazione clinica è stata ritenuta “stabilizzata”, il medico di famiglia ha attivato la riabilitazione domiciliare immediatamente, è infatti seguita da un terapeuta ASL da 5 mesi quotidianamente, sono stati concessi tutti gli ausili richiesti dai medici che avevano in carico la ragazza prima della dimissione, **ma Sissi è totalmente dipendente**, scarsamente motivata, depressa, indecisa, vorrebbe cambiare tale situazione ma non sa da dove iniziare, dipende totalmente dalla madre, che ha smesso di lavorare per starle accanto; i soldi, inoltre, scarseggiano perché il rimborso dell’assicurazione non è ancora arrivato essendoci un contenzioso in corso. Se da una parte Sissi dice di sentirsi “una bambola nelle mani degli altri” dall’altra non sa di preciso cosa vuole, vorrebbe fare qualcosa nell’ambito della moda ma non accetta di vedere i suoi disegni *brutti*, le interessa il computer in quanto potrebbe essere uno strumento per realizzare i suoi progetti in campo “artistico”.

### **Cosa progettare?**

Il solo trattamento riabilitativo domiciliare non è sufficiente, aiuta sicuramente ad evitare il peggioramento, ma non risolve le restanti problematiche: sono indispensabili una

1. Valutazione dei punti critici del percorso riabilitativo e della “rete” dei servizi
2. Creazione dei corretti contatti territoriali
3. nuova e corretta valutazione delle reali esigenze di Sissi
4. Promozione dell’accessibilità e dell’empowerment di Sissi

### **Punto 1**

Dopo l’incidente, avvenuto nel novembre del 2002, Sissi ha eseguito tutti i trattamenti e percorsi riabilitativi di rito, in uno dei migliori centri della nostra città, il rientro al domicilio avviene 1 anno dopo, nel novembre 2003.

Le prescrizioni di ausili cominciano già durante il ricovero, e nel gennaio 2003 viene concesso dalla ASL un cuscino antidecubito a celle d’aria ( 033303015)

Va sottolineato che tutti gli ausili prescritti sono correttamente giustificati e viene dichiarata dal prescrittore come modalità di controllo il collaudo.

Nel marzo 2003 viene erogata dalla ASL, su prescrizione del centro di riabilitazione, una carrozzina superleggera (mod easy 200) con sistema di postura tronco bacino, per “migliorare la postura in carrozzina ed evitare i dimorfismi”

**A settembre 2003**, in previsione della dimissione al domicilio vengono prescritti:

- Letto elettrico articolato con base regolabile in altezza :18121003+181212103
- Spode : 181227103
- Set ruote : 243606103
- Supporto per alzarsi dal letto: 123009103
- Materasso con camera di gonfiaggi e compressore 033306018
- Sollevatore mobile elettrico con imbracatura polifunzionale 123603006
- Imbracatura ad amaca forata 123603103
- Montascale a cingoli 183012003
- Poltrona elevabile imbottita a tre movimenti 122103006+122406112+1224069127

*Spesa complessiva sostenuta dalla ASL per ausili : 9100 euro*

*Spese sostenute dalla famiglia : 381 euro per la poltrona a movimentazione elettrica “riconducibile”*

Tutti i dispositivi avrebbero dovuti essere collaudati dal prescrittore... ma nel fascicolo nulla vi è al riguardo :

- ✓ *impossibilità di verifica domiciliare del prescrittore?*
- ✓ *Struttura riabilitativa troppo lontana dalla residenza della paziente?*

- ✓ *Perché il prescrittore , tramite il servizio sociale del centro riabilitativo non ha informato il collega dell'assistenza domiciliare territoriale che forse poteva organizzarsi per andare a fare una verifica ed evitare di erogare cose che poi non sono mai state utilizzate?*

Purtroppo queste rimangono domande aperte e rappresentano delle **criticità reale della rete dei servizi**: non esiste un reale collegamento tra prescrittori ed autorizzatori

Nel **novembre 2003** la mamma di Sissi riferisce all'impiegata dell'assistenza protesica che la carrozzina prescritta nel marzo 2003 non va bene per Sissi che è costretta a stare storta, che è in attesa della visita per attivare FKT domiciliare (avvenuta dopo qualche giorno) e che la figlia comunque era stata visitata presso l'unità spinale di un'altra regione per cui avrebbe fatto seguito una nuova prescrizione di carrozzina più adatta sulla base della quale sarebbe stato fatto un nuovo preventivo di spesa. L'impiegata pertanto ha appuntato nel fascicolo che si rimaneva in attesa di tale nuova prescrizione / preventivo. Nulla è pervenuto.

A distanza di un anno dalla dimissione la maggior parte degli ausili "necessari all'autonomia" di Sissi non sono utilizzati, infatti usa solo la carrozzina e la poltrona elettrica, che peraltro non rientra nel N.T. - *ed è stata ricondotta ad una carrozzina* - a dimostrazione del fatto che anche normali oggetti di commercio possono essere molto utili e accolti favorevolmente, perché funzionali e non brutti, e che solo un autorizzatore capace di destreggiarsi in un sistema rigido come quello dell'elenco del D.M. 332/99 può concedere come spesa a carico della ASL.

La spesa pubblica è stata efficace? L'errore è stato di valutazione o di mancato collaudo del prescrittore o tutto ciò è semplicemente il frutto della mancanza del collegamento tra prescrittori ed autorizzatori, nell'ambito della "rete territoriale"?

***Capire le criticità dei sistemi dovrebbe portare a una limitazione dell'errore.***

#### ***Punto 2.***

Il vantaggio del lavoro in un Dipartimento è, come ho già detto, il passaggio delle informazioni:

- ✓ ho controllato quanto erogato per Sissi in ambito protesico
- ✓ ho preso contatti con i colleghi neuropsichiatri e gli assistenti sociali del servizio territoriale per i "disabili stabilizzati" (cioè età compresa tra i 18 ed i 65 anni) che hanno condiviso "la presa in carico" mettendo in atto la visita domiciliare e la lista di attesa per il servizio comunale di assistenza sociale (SAISH), il trattamento psicologico è stato programmato
- ✓ ho preso contatti col il DH del Policlinico Universitario dove eseguono i trattamenti periferici con tossina botulinica, al primo appuntamento ho accompagnato Sissi.
- ✓ Ho contattato il **Centro per l'Autonomia "CpA"** ([www.centroperlautonomia.it](http://www.centroperlautonomia.it)) che si occupa del reinserimento dei lesionati midollari ricoverati o comunque bisognosi dell'intervento dell'Unità Spinale Unipolare di Roma che, su mia richiesta, la mette in lista d'attesa per una valutazione.

La scelta di seguire Sissi per un programma di rieducazione all'autonomia in un centro distante dalla sua casa è ovviamente forzata dalla mia impossibilità di poter "lavorare" al domicilio o sul mio territorio *ad un programma di autonomia* che preveda una attenta valutazione della situazione attuale e le prove necessarie sia per una corretta postura e mobilità, sia per far capire a Sissi cosa vuole per il suo futuro: questo è il fulcro fondamentale.

In tutto il territorio regionale l'unico centro non residenziale in grado di lavorare **in equipe multi professionale su progetti/ programmi di autonomia** è il **CpA**, che pur nascendo come centro per i lesionati midollari, ha assunto nel tempo una valenza più ampia e recepisce molte altre richieste (anche da parte dell'Inail o per gravi patologie evolutive come sclerosi multiple o PCI).

#### ***Punto 3. e 4.***

Non avendo a disposizione un Centro Informazione Ausili nel mio ambito lavorativo ho preso come punto di riferimento il **CpA**, dove a partire dal settembre 2004 ho svolto con l'equipe del centro

(assistente sociale, terapisti occupazionali, architetto, psicologa) il progetto e programma condiviso con Sissi e con la mamma finalizzato al recupero delle autonomie nelle AVQ, negli spostamenti, nell'addestramento all'uso del pc, comprensivo di valutazione dell'interfaccia più idonea, visti i reali problemi di presa dovuti alla parziale efficacia della sua mano funzionale.

Frequentando il centro Sissi era sempre più attratta dalle carrozzine elettriche, perché la sua spinta era sempre meno efficace a causa dell'ipertono e degli spasmi agli arti superiori e perché la sua indole pigra la spingeva verso un ausilio che le permettesse facili spostamenti. Oltretutto anche provando le carrozzine più leggere del mercato con una postura che le inibisse l'ipertono non ottenevamo una spinta efficiente e soddisfacente con nessun risultato di guadagno in indipendenza da altre persone. Abbiamo confezionato degli split per favorire l'autonomia nel mangiare e nel lavarsi, dato consigli su soluzioni per aumentare l'accessibilità al bagno, rinnovato la necessità di provare la pompa al baclofene con la quale forse, riducendosi la situazione di spasmi e di dolori, si sarebbe potuto sbloccare la capacità di spinta su una carrozzina superleggera, in caso contrario avrebbe avuto più senso risparmiare le forze per altre attività e spostarsi con la carrozzina elettrica. Cosa decidere? cosa prescrivere? Nessun decisione di Sissi: nessun cenno di "empowerment".

Dopo circa tre mesi di programma siamo riusciti a farle capire che doveva essere lei a dirci cosa voleva, e l'unico strumento ancora a nostra disposizione erano degli incontri con la psicologa per dei colloqui di aiuto, che Sissi aveva sempre rifiutato dall'epoca dell'incidente, e ...questa volta... invece ha risposto "mi avete convinta. Nessuno c'era mai riuscito!"

Purtroppo il percorso è stato interrotto da una tromboflebite profonda agli arti inferiori con ricovero ospedaliero che ha imposto una terapia di 6 mesi con calcieparina, incompatibile con il tentativo di prova della pompa al baclofene: ciò rallentava tutti i nostri programmi ....

Nei mesi intercorsi dalla mia prima visita oltre al programma di autonomia Sissi aveva fatto due applicazioni di Botox agli arti inferiori con scarsissimi risultati, solo una leggera riduzione dei crampi ai polpacci, anche la neurologa aveva comunque detto che la retrazione dell'achilleo era tale per cui avrebbero dovuto prospettare un intervento di allungamento.

Al rientro al domicilio, dopo il ricovero per la tromboflebite, abbiamo ricominciato il percorso, ma Sissi non ha voluto continuare i colloqui psicologici, così abbiamo deciso di proporre delle scuole per il reinserimento nel campo " artistico", tramite l'uso del pc, e di rifare le valutazioni posturali con una carrozzina elettronica, in quanto alla fine del precedente programma all'autonomia era stata fatta in equipe una uscita effettuata con la carrozzina elettrica, avvenuta in un centro commerciale, e Sissi si era entusiasmata e, tornando a casa voleva portare con sé la carrozzina elettrica e non la sua superleggera " scomoda".

Il risultato del lavoro nel **CpA** è stato:

- ✓ la prescrizione di un nuovo schienale JAY, meno avvolgente di quello in uso, poiché ormai il controllo del tronco lo permette e poiché tale schienale inoltre lascia maggior spazio di manovra e di spinta agli arti superiori. Sarà applicato alla sua carrozzina superleggera, cui è stato modificato l'assetto rendendo gli angoli più adatti ad inibire l'ipertono. *L'empasse autorizzativa* legata presenza nel DM 332/99 dei codici per l'unità posturale "tronco – bacino" e non per la sola unità posturale "Tronco" è stata facilmente superata motivando la prescrizione dello schienale con la nuova situazione clinico funzionale e spigando che tale presidio non è codificato nel NT; il preventivo di spesa portava il prezzo, la marca ed il modello corrispondente a quello dello schienale provato da Sissi, come descritto nella relazione della terapeuta occupazionale del **CpA**
- ✓ L'addestramento all'uso del p.c e la valutazione del mouse adeguato (con trackball) e di uno split con cui può spingere meglio i tasti, impugnando un pennarello grosso
- ✓ La prescrizione di una cintura pelvica per assicurare il corretto assetto del bacino sull'unità posturale bacino in uso
- ✓ La somministrazione dei questionari EUSTAT+ IPPA checklist di valutazione funzionale
- ✓ La prescrizione di una carrozzina elettrica che Sissi si sarebbe dovuta portare in vacanza in Sardegna dove ha affittato una casa accessibile (la casa di Roma è inaccessibile alla carrozzina elettrica)



La carrozzina, autorizzata ai primi di luglio, non sarebbe stata fornita in tempo utile dall'officina in quanto i tempi necessari tra ordine e consegna andavano oltre il periodo della chiusura estiva del fornitore, per tale motivo Sissi non ha ritirato l'autorizzazione ASL e non ha usato l'ausilio in Sardegna, come da noi programmato.

Attualmente, **settembre 2005**, è stato ottenuto il rimborso assicurativo, per cui diventa effettivamente concreta la possibilità di cambiare casa e ridurre così almeno i problemi di accessibilità e così poter anche usare la carrozzina elettrica che sicuramente sarà da stimolo al processo di empowering di Sissi. Dopo la consegna dell'ausilio sarà somministrato il QUEST 2.0 ed è previsto un periodo di follow-up di 4 mesi.

### **Conclusioni**

Il processo di empowerment è difficile e lungo ma fondamentale per rendere efficace la prescrizione degli ausili necessari a rendere indipendente una persona disabile.

Riuscire a perseguire tale obiettivo senza avere a disposizione l'equipe territoriale ed un CIeVA è praticamente impossibile, considerando che la rete dei servizi non è ancora attrezzata in senso tale da garantire la concreta continuità tra ospedale e territorio. La nostra esperienza Dipartimentale ci ha permesso di analizzare le criticità e promuovere la costruzioni dei nodi funzionali ed organizzativi necessari a garantire una continuità nei profili assistenziali riabilitativi.

Il percorso iniziato è entusiasmante ma allo stesso tempo limitato da alcune risorse mancanti per garantire l'assistenza che l'utenza afferente vorrebbe le fosse dedicata.

Nel caso di Sissi richiedere una nuova consulenza al **CpA** non avrebbe senso perché

- ✓ Sissi ha finalmente programmato, ad ottobre prossimo, l'ingresso in Unità Spinale per eseguire la prova della pompa al Baclofene e solo dopo aver avuto il risultato funzionale globale nella riduzione della spasticità avrà un senso fare nuovi progetti di indipendenza e valutare nuovi dispositivi.
- ✓ essendo il **CpA** l'unica realtà regionale disponibile ha delle liste di attesa lunghe e non mi sembra corretto tenere in sospenso altri utenti che possono beneficiare dell'equipe che da anni opera con molta appropriatezza e competenza nell'ambito dei progetti per l'autonomia.
- ✓ Fare conteggi su quanto della spesa per ausili erogati è andata sprecata mi sembra riduttivo in un discorso progettuale che tenta di creare un raccordo tra ospedale e territorio, e che comprenderebbe anche i conteggi dei costi delle degenze riabilitative, dell'assistenza domiciliare, del costo sanitario e assistenziale sostenuto dalla famiglia che tuttora è in attesa dell'assistenza sociale del Comune.

In ambito di "**disease management**" la creazione del CIeVA rappresenterebbe una reale opportunità per l'utenza afferente a garanzia della realizzazione dell'ultima parte del percorso riabilitativo gestito dal Dipartimento di Medicina Fisica e Riabilitazione.

### **Paolo**

Paolo è un simpatico signore di 70 anni, amputato di gamba per le complicanze vascolari del diabete giovanile, che tre giorni a settimana deve recarsi in dialisi. Dall'epoca dell'amputazione (quasi due anni fa) è ospite - con il padre 92 enne - a casa del fratello perché abitando al 3° piano in uno stabile senza ascensore gli è impossibile il rientro a casa. I familiari di Paolo e la sua assistente personale si rivolgono all'assistenza protesica riportando la problematica: Paolo vuole tornare con il padre presso la propria abitazione e da qui recarsi 3 volte a settimana in dialisi per le cure necessarie.

L'amministrativo dell'assistenza protesica mi riferisce del caso e della necessità di una consulenza di valutazione. Il caso viene preso in carico.

**Presa in carico:** effettuati tutti i *colloqui telefonici* necessari per l'orientamento sui bisogni emergenti abbiamo *progettato la consulenza*:

- ✓ fissando un appuntamento presso la sede dell'assistenza protesica territoriale del territorio del domicilio di Paolo per una visita e valutazione clinico -funzionale
- ✓ eseguendo il sopralluogo dello stabile di residenza, rendendoci conto che le scale ed i pianerottoli erano inaccessibili al montascale " classico".

Durante la *visita e la valutazione clinico funzionale* emerge anche la reale problematica legata alla protesizzazione che avviene molto più lentamente del previsto a causa di un iniziale problema vascolare al piede controlaterale. Quindi capiamo che Paolo usa molto la carrozzina e poco la protesiche comunque mette per andare in dialisi e per fare quei pochi gradini di accesso alla casa del fratello. Egli non riuscirà mai, tuttavia, a fare con la protesi i 3 piani di scale per accedere alla sua casa.

Gli strumenti utilizzati nella valutazione clinico funzionale sono le griglie di valutazione Eustat, la scala di Batavia ed Hammer per il confronto e la valutazione funzionale tra i tre tipi di montascale, lo strumento IPPA per la valutazione dell'outcome degli usili.

Dalla *presa visione del fascicolo documentale* si deduce che gli ausili in uso sono la protesi di gamba (che trova "pesante"- non usa le calzature su misura + di rivestimento a protesi ma scarpe normali) e la carrozzina standard, che appare usurata, e troppo grande nella seduta rispetto alle dimensioni di Paolo.

Paolo e l'assistente vengono *informati delle possibili soluzioni* per superare i 3 piani di scale ogni volta che deve uscire per recarsi in dialisi, con i propri mezzi (macchina):

- ✓ **Soluzione a:** montascale a ruote classico tipo "scoiattolo": necessità di doppio passaggio carrozzina – scoiattolo – carrozzina – auto, ogni volta che esce di casa + necessità di lasciare lo scoiattolo nel portone (non può mettere in macchina sia la carrozzina che il montascale) +dispositivo di difficile manovrabilità e meno sicuro rispetto al cingolato
- ✓ **Soluzione b:** poltroncina con dispositivo incorporato montascale elettrico a ruote (tipo C-max della Medimec - Alber): possibile l'uso "doppio" come carrozzina per uscire e come montascale, in tutti i tipi di scale, facile da usare, scarso ingombro, "riconducibile" con differenza di spesa a carico dell'assistito; in casa non è utilizzabile come carrozzina in quanto non è possibile l'autospinta, rimane quindi necessaria la prescrizione di una nuova carrozzina
- ✓ **Soluzione c:** dispositivo elettrico a ruote per il superamento di dislivelli verticali (tipo S- max della Medimec- Alber) che si posiziona dietro la carrozzina con ruote estraibili + carrozzina di misura giusta a ruote estraibili: uso in tutti i tipi di scale; non necessario il doppio passaggio carrozzina / montascale / carrozzina / auto, scarso ingombro con possibilità di caricamento in auto di entrambi gli ausili. "Riconducibilità " funzionale con il montascale ma parte della spesa rimane a carico del paziente; il costo del S- Max è più elevato rispetto al C- Max.
- ✓ **Soluzione d:** piattaforma elevatrice da realizzarsi, previo sopralluogo tecnico condominiale da parte della ditta produttrice, di cui vengono dati i punti di riferimento telefonici assieme alle informative sugli sgravi fiscali.

Le quattro proposte dell'equipe sono subito prese in considerazione da Paolo che si orienta verso l'eliminazione della *soluzione d* (troppo " a lungo termine") per cui viene fornito il numero di telefono del distributore della Medimec- Alber su Roma per fare *una prova pratica* con i due diversi dispositivi presso il *domicilio* del paziente con una carrozzina di misura corretta, con ruote estraibili.

Contattato Paolo a distanza di qualche giorno dalla prova, ci riferisce che con il C- Max si sente poco " sicuro" , perché è da molto tempo abituato alla sensazione più avvolgente della carrozzina e che *opta per la soluzione c* , anche se c'è una differenza di costi a carico dell'utente.

**Momento prescrittivo:** prescrizione su modello in uso della ASL (allegato) con relazione dettagliata della tipologia delle scale e della "riconducibilità funzionale" con il mantascale a cingoli, per ridurre al massimo la parte di costi - potendo la ASL concedere una cifra pari a quella spendibile per il montascale a cingoli ed assolvendo il dispositivo prescritto la stessa funzione ci sembra corretto ricondurlo al cingolato anche se "di fatto" i cingoli non ci sono; non dipende da Paolo se le scale del condominio in cui abita sono tali da non permettere il passaggio del cingolato!

**Momento attuativo:** la Asl ha autorizzato i dispositivi prescritti (carrozzina leggera tipo Millenium II misura 40 con bracciolo ridotto per il tavolo ed estrazione rapida delle ruote- codici NTP 122106039+122406172+122421106 + S- Max riconducibile al montascale a cingoli 183012003) per una spesa pari alla carrozzina ed al cingolato. Differenza di spesa a carico del paziente: 1200 euro. In questa fase vengono programmati:

- ✓ **Il collaudo** entro i 20 giorni dalla consegna del dispositivo e allenamento all'uso al domicilio del paziente
- ✓ **Il follow-up** a 0 , 6,12 mesi con somministrazione del Quest vers. 2.0 a 0 e a 12 mesi.
- ✓ **La compilazione dello strumento SCAI:** stima del rapporto tra i costi dell' investimento ed i costi sociali del non intervento calcolato per otto anni solo sulla **soluzione c** ( carrozzina+ montascale S-max)

Il calcolo di stima (S-CAI effettuato nel foglio di lavoro nella pagina seguente) valuta i costi derivanti dalla necessità di una persona che accompagni Paolo a giorni alterni in dialisi aiutandolo nei passaggi posturali tra carrozzina ed auto e manovrando il montascale; il tempo necessario per ogni azione (uscire di casa o rientrare in casa) è di 30 minuti pari cioè a 2 azioni al giorno della durata di 30 minuti effettuate da un assistente "non qualificato" e senza bisogno di prestanza fisica (Assistenza livello A: costo di 8 euro /ora).

Il **costo sociale dell'intervento** annuo è di 1248 euro ed è sostenuto da Paolo (che paga, comunque, un'assistente che lo aiuti 3 volte a settimana). *In 8 anni il costo sociale dell'intervento sarà pari a € 15.024.* I 62 € della voce "**servizi**" corrispondono alla spesa necessaria alla manutenzione annuale dei dispositivi ed è sostenuta da Paolo. I 222 € di "**valore residuo**" sono calcolati dal valore economico della durata tecnica della carrozzina oltre gli 8 anni del calcolo della stima dei costi complessivi e sono perciò sottratti ai costi sociali dell'intervento.

I **costi sociali in assenza di intervento** sono stati così calcolati: per portare Paolo in dialisi 3 volte a settimana sarebbe necessario che 2 persone "con prestanza fisica" ( Assistenza di livello B: 15 euro/ ora) prendessero Paolo e la carrozzina e lo portassero a piedi per i 3 piani di scale: tempo necessario per ogni azione (uscire di casa o rientrare in casa) pari a 2 persone per 2 azioni al giorno x 3 volte a settimana, corrispondenti a 120 azioni al mese di 30 minuti con un costo annuale complessivo di 10080 euro. **Costo sociale del non intervento in 8 anni: 80.640 euro**

La differenza dei costi sociali sostenuti con l'intervento e del non intervento (costo sociale aggiuntivo) evidenzia il risparmio in costi sociali come risultato dell'intervento stesso (- 65616 )

Concludendo, ritengo che - a fronte delle cifre sopra evidenziate - probabilmente la soluzione ancora più corretta da parte della ASL sarebbe stato di contribuire a tutta la spesa per i dispositivi, autorizzando l'ausilio S-max come Extratariffario, vista anche la migliore corrispondenza come "riconducibilità" tecnica al montascale a ruote, senza gravare Paolo di 1200 euro di spesa.

L'utilizzo dello S-CAI permette di comprendere meglio i costi della ASL dovuti all'erogazione degli ausili inquadrandoli in un discorso di investimento sulla persona finalizzato al risparmio del costo sociale sostenuto.

<i>utente</i> <i>soluzione scelta</i>		Paolo			Durata clinica	8 anni
		Carrozzina + montascale S- max			Durata tecnica	8 anni
		costi sociali intervento	costi sociali non intervento	spese utente	spese ASL	spese Enti locali
<b>Anno 1</b>	<i>investimento</i>	555+ 3718		1200	<b>4273</b>	
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>					
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 2</b>	<i>investimento</i>					
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 3</b>	<i>investimento</i>					
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 4</b>	<i>investimento</i>					
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 5</b>	<i>investimento</i>				555	
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 6</b>	<i>investimento</i>	555				
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 7</b>	<i>investimento</i>					
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		
<b>Anno 8</b>	<i>investimento</i>					
	<i>esercizio</i>					
	<i>servizi</i>	62		62		
	<i>assistenza</i>	1248	10080	1248		

**-VALORE RESIDUO**

222

	<i>Costo Intervento</i>	<i>Costo non intervento</i>	<i>Spesa utente</i>	<i>Spesa ASL</i>	<i>Spesa ente</i>
<b>TOTALI</b>	15024	80640	11618	<b>4828</b>	

**COSTO SOCIALE  
AGGIUNTIVO**

**-65616** (costo sociale dell'intervento - costo sociale del non-intervento)

		<i>azioni/mese</i>	<i>minuti/azione</i>	<i>m.viaggio/attesa</i>	<i>costo annuo</i>	<i>spesa annua</i>
<i>Con</i> <i>inter-</i> <i>vento</i>	<i>livello A (8 euro/h)</i>	26	30		1248 euro	0
	<i>livello B(15euro /h)</i>				0	0
	<i>livello C( 20 euro /h)</i>				0	0
<i>totale</i>					<b>9984 euro</b>	0
<i>Senza</i> <i>inter-</i> <i>vento</i>	<i>livello A(8 euro/h)</i>				0	0
	<i>livello B( 15euro/h)</i>	120	30		10080	0
	<i>livello C(20euro/ h)</i>				0	0
<i>totale</i>					<b>80640</b>	0

## 11. Piano economico

Pur confermando che di questo progetto non è prevedibile la potenzialità dell'evoluzione è possibile fare una stima dei volumi di attività medi su 11 mesi all'anno, considerando così i periodi di ferie natalizi ed estivi del personale a contratto.

Ipotizzando una attività quotidiana di informazione, consulenza e valutazione *su richiesta prevalente* degli sportelli di assistenza protesica del Dipartimento, la stima delle consulenze attuabili

in 11 mesi si prevede pari mediamente a 500, sia su “cartaceo” - fascicoli - che su persone afferenti al centro: per tale stima di volumi di attività sono prevedibili i seguenti costi.

**Costi di servizio:** legati al valore delle risorse associabili in modo diretto od indiretto alla realizzazione del servizio.

Figure professionali necessarie :

- ✓ 1 Fisiatra tot: 38 ore ( tempo pieno)
- ✓ 1 Terapista occupazionale: tot 38 ore (tempo pieno)
- ✓ 1 fisioterapista (esperto in ausili e tecnologie informatiche) part-time ( in relazione alla domanda)
- ✓ 1 Assistente sociale : tempo pieno
- ✓ 1 psicologo : 18 ore ( part- time)
- ✓ 2 Amministrativi a turnazione ( tot 36 ore)

A consulenza sono previsti il logopedista, neurologo, ortopedico,neuro-psichiatra, geometra, peer- consellor.

<i>operatore</i>	<i>Segreteria informazione</i>	<i>Consulenza valutazioni</i>	<i>Riunioni equipe</i>	<i>sopralluoghi</i>	<i>Pianificazione Relazioni</i>	<i>Assistenza protesica</i>
<i>fisiatra</i>		15 ore	8 ore	5 ore	5 ore	5 ore
<i>Terap. occup</i>	5	20	5	5	3	
<i>terapista</i>	8	8		2		
<i>Ass. sociale</i>	15	10	5	5	3	
<i>amministrativi</i>	36					
<i>psicologo</i>		10	8			

*Tabella VII:ore di presenza ripartite per attività dei singoli operatori*

**Il costo legato al personale dell'equipe : per il personale amministrativo, per il personale medico è conteggiato, per opportunità di conoscenza, nella tabella sottostante, ma sarà nullo in quanto tali figure sussistono già nell'organico del Dip. MFeR**

<i>qualifica</i>	<i>Quantità</i>	<i>Ore/ sett</i>	<i>Costo annuo (lordo)</i>
<i>Medico</i>	1	38	€ 52.273
<i>Amministrativo</i>	1	36	€ 22.100

Il costo relativo alle **figure dell'equipe non presenti nell'organico** del DMFeR, stimato in base alle tariffe minime previste dall' ultimo CCNL delle cooperative socio- sanitarie, è :

<i>qualifica</i>	<i>Quantità</i>	<i>Costo/h</i>	<i>Ore/ sett</i>	<i>Costo annuo</i>
<i>Terap. occup</i>	1	18,14 €	38	33087 €
<i>terapista</i>	1	18,14 €	18	15673 €
<i>Ass. sociale</i>	1	16,25 €	38	29640 €
<i>psicologo</i>	1	19,79 €	18	17099 €

**Il costo per il personale a consulenza** è calcolabile sui costi /ora per le singole figure professionali, sarà variabile a seconda delle esigenze della presa in carico:

<i>qualifica</i>	<i>Quantità</i>	<i>Costo/h</i>
<i>logopedista</i>	1	18,14 €
<i>medico</i>	1	50 €
<i>architetto</i>	1	80 €
<i>psicologo</i>	1	19,79 €
<i>Peer- consellor</i>	1	17 €

**Costo per materiali ed arredi:** l'importo presumibile dei costi legati a tale voce di spesa sono conteggiabili in stima intorno a **8000 euro**, comprensivi di pc, escludendo eventuali piccole ristrutturazioni per rendere accessibile 1 bagno

N pezzi	Motivo spesa	Prezzo totale in euro
4	Persona Computer	
2	Modem ADSL	
1	Stampante ,in rete	
1	tavolo per otto persone,	
12	Sedie	
4	Armadi e scaffalature	
1	Fax	
1	fotocopiatrice	
1	Segreteria telefonica	
4	Scrivanie con cassettiere mobili	
1	Kit materiale per la costruzione di splints	
1	Kit materiale prova posture a adulto	
1	Kit materiale prova posture bambino	
1	Bancone officina	
20	utensileria di officina	
1	Telefono " viva voce"	
		<b>8000</b>

**L'ausilioteca** sarà costituita da dispositivi ceduti in uso alla ASL o lasciati in visione dalle ditte produttrici. Parte degli ausili restituiti e riciclati sarà utilizzata per gli arredi (es letto elettrico, sollevamatali per fare prove ed addestramento). Per le valutazioni posturali, saranno necessari i KIT di prova di unità posturali tronco-bacino che saranno chiesti in comodato d'uso ai maggiori produttori di tali tipologie di dispositivi. Per i sistemi informatici in prova saranno prevedibili collegamenti con i produttori di tali dispositivi, per garantire all'utenza prove - prima della prescrizione di dispositivi- con materiali idonei. Saranno prevedibili contatti e protocolli d'intesa, a costo zero, per partecipare a eventuali sperimentazioni per la validazione di ausili di nuova produzione, con istituti di certificazione dei dispositivi o con istituti di bioingegneria anche universitari o con l'Istituto Superiore di Sanità e per le prove di guida saranno previsti contatti con i servizi attualmente esistenti per l'addestramento alla guida delle persone con disabilità.

**La formazione del personale** è a **costo zero** per l'Azienda; gli eventuali corsi di formazione a pagamento saranno scelti in base alle offerte che vengono annualmente fatte alla Direzione del Dipartimento, che, sulla base delle esigenze del servizio si riserva di decidere la figura professionale che a turno rappresenterà il servizio stesso: ogni operatore sarà tenuto a condividere con l'equipe le informazioni apprese durante il corso di aggiornamento.

## 12. Strumenti di Lavoro

Gli strumenti di lavoro adottati dall'equipe del **CIEVA** qui sotto elencati:

- ✓ per la valutazione clinico – funzionali: le griglie EUSTAT (Eustat 1999)
- ✓ per la valutazione clinica dei bisogni dell'ausilio: la IPPA Checklist (Wessels et al, 1999)
- ✓ per la valutazione funzionalità ausilio: scala di Batavia- Hammer (1990), che utilizza 17 parametri da confrontare tra gli ausili proposti, aiutando nella scelta dell'ausilio
- ✓ per le valutazioni posturali in carrozzina e per la valutazione ambientale/ montascale: schede di rilevazione dati elaborate dal **CIEVA** (allegato 6) ;
- ✓ per la valutazione efficacia dell'ausilio (outcome dell'ausilio): strumento IPPA (Wessels et al, 2000); si esegue la prima intervista nella fase di valutazione e la seconda intervista a 3-6 mesi dal collaudo;

- ✓ per la valutazione dei costi/ risultati: foglio di lavoro SCAI/SIVA(S-CAI) (Andrich e Moi, 1998): orienta nella scelta definitiva sulla base della stima dei costi sociali aggiuntivi dovuti al mancato intervento
- ✓ per la qualità percepita dall'utente sull'ausilio prescritto e sul servizio ricevuto: QUEST vers. 2,0. (Fucelli, 2001): questionario di 8 domande sull'ausilio e 4 domande sul servizio ricevuto. E' compilato durante il follow-up, a tempi definiti, e viene calcolato il punteggio definitivo.
- ✓ In caso di presa in carico di pz. dimessi dagli ospedali il medico responsabile deve compilare il modulo di "pre- accettazion " per l'assistenza protesica, che si presenta come una check-list (allegato 1)
- ✓ In caso di impossibilita all'autorizzazione viene fornito al pz. un modulo esplicativo da portare al prescrittore ai fini dell'integrazione dei dati mancanti ( allegato 3)
- ✓ Al momento della consegna dell'autorizzazione viene consegnato il modello di "invito al collaudo" ( allegato 5)
- ✓ I medici territoriali ASL ed ospedalieri sono invitati a prescrivere gli ausili redigendo il modello prescrittivo ASL correttamente ed in ogni sua parte ( allegato 7)

## Bibliografia

- DM 332del 27/8/99, Supplemento Ordinario alla "G.U."n. 227 del 27 settembre 1999- serie generale.
- Andrich R: *Consigliare gli ausili\_Organizzazione e metodologia di lavoro dei Centri di Informazione Ausili*. Milano: Fondazione Don Gnocchi. 1996
- Andrich R.: *Le quattro "a": accessibilità, ausili,assistenza personale,autonomia*. Atti del Corso Nazionale SIMFER "Ruolo degli ausili nel progetto riabilitativo" (Prato, 24-25/11/2000) Ortho 2000 n. 6/2000 pp. 85/87. Milano: Edi Ermes,2000
- ICF. *Classificazione Internazionale del Funzionamento delle Disabilità e della Salute* OMS. Erickson Edizioni. 2001
- Molteni F: *Progettare la riabilitazione: Classificazione e qualificazione della prescrizione di protesi ortesi e ausili"* .M.R.Vol.17, n.2, giugno 2003:17-23.
- DPCM del 29 novembre 2001 GU n 33 del 8 febbraio 2002 "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza"
- DM 150 del 22/07/1996 " Prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale erogabili nell'ambito del SSN e relative tariffe".
- *Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione* G.U. del 7 maggio 1998
- Gianoglio P: *La marcatura CE e i dispositivi medici*. Il Fisioterapista Anno 4/2 ( marzo 1998), pg 1-7.
- Baraghini G, Capelli M, *Il sistema ISO 9000 in sanità*. Milano: Franco Angeli 1997
- European Commission - DGXIII/TIDE: *Improving service delivery systems for assistive technology: a european strategy*. Handikappinstitutet, Stockholm 1995 in Andrich R: *Consigliare gli Ausili* Pg 7. Milano: Fondazione Don Gnocchi, 1996
- *Nomenclatore degli Ausili- Proposta di riclassificazione - fondamenti della nomenclazione*. [www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it)
- *Nomenclatore degli Ausili- Proposta di riclassificazione - Nomenclatore degli ausili*. [www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it)
- *Nomenclatore degli Ausili - Proposta di riclassificazione - relazione finale*. [www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it)
- *Le prestazioni di assistenza in materia di protesi, ortesi, ausili:il D.M.332/99, l' inserimento nei LEA. Proposta per una riforma del sistema"*. Documento programmatico CSR- Assemblea Annuale 2002
- Consorzio Eustat: *Tecnologie per l'autonomia- linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea 1999
- Batavia A, Hammer G: *Towards the development of consumer-based criteria for the evaluation of assistive devices*. J. Rehabilitation Research & Development, vol 27/4, 425-436
- Andrich R, Moi M: *Quanto costano gli ausili? - Lo strumento Siva-Cai*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi 1998
- Wessels R, deWitte L, Andrich R, Ferrario M, Persson J, Oberg B, Oortwijn W, VanBeekum T, Lorentsen O: *IPPA: a user centred approach to assess effectiveness of Assistive Technology Provision"* Technology and Disability 13: 2 2000 ; 105-116. Amsterdam: Ios Press 2000

- Consorzio Eustat: *Pronti...via?. Come scegliere l'ausilio giusto per la propria autonomia*. Milano: Commissione Europea 1999
- P. Fucelli.: *Organizzazione di un servizio ausili nel territorio dell'azienda USL N°1 dell'Umbria*. Elaborato Corso di perfezionamento *Tecnologie per l'autonomia* (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi). Anno Accademico 2000-2001

*Siti internet*

- [www.centroperl'autonomia.it](http://www.centroperl'autonomia.it)
- [www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it)



# Allegato 1

Struttura proponente (con telefono)

**Spett.**  
**AZIENDA SANITARIA LOCALE RM/E**  
 Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione

**Sez. 1**

**PAZIENTE:**

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

Cognome e nome

Indirizzo

telefono

<input type="checkbox"/> <b>VENTILAZIONE DOMICILIARE</b>	<input type="checkbox"/> <b>AUSILI - PROTESI</b>
<input type="checkbox"/> DIMISSIONE DA RICOVERO	<input type="checkbox"/> DIMISSIONE DA RICOVERO
<input type="checkbox"/> COMUNICAZIONE A.S.L.	<input type="checkbox"/> VISITA AMBULATORIALE
<input type="checkbox"/> PRESCRIZIONE	<input type="checkbox"/> COMUNICAZIONE A.S.L.
<input type="checkbox"/> ACCETTAZIONE TRATTAMENTO	<input type="checkbox"/> PRESCRIZIONE
<input type="checkbox"/> CONTROLLO PERIODICO .....	<input type="checkbox"/> CONTROLLO PERIODICO .....
	<input type="checkbox"/> PREDISPOSTO COLLAUDO
_____	_____
Data	Firma e timbro prescrittore

**Sez. 2**

**AZIENDA UNITÁ SANITARIA LOCALE ROMA E**  
**DIPARTIMENTO DI MEDICINA FISCA E RIABILITAZIONE**  
**U.O. ASSISTENZA PROTESCA**

<input type="checkbox"/> ACCETTAZIONE / PRESA IN CARICO	<b>Sez. 3</b>
<input type="checkbox"/> VALUTAZIONE DEI BISOGNI	
<input type="checkbox"/> SEGNALAZIONE A.C.E.A.	
<b>AVVIO A:</b>	
_____	
_____	
<b>NOTE:</b>	
_____	
_____	

## Allegato 2

Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione RME

Direttore dott. Marcello Celestini



### U.O. ASSISTENZA PROTESICA

#### **PROCEDURE per dispositivi di serie – montascale -“riconducibilità”**

**Sono a rischio di inappropriata le seguenti riconducibilità:**

- Personal computer/ comunicatore simbolico
- Quad / motocarrozina a tre ruote + aggiuntivi vari
- Poltrona elevabile elettricamente/ sollevatore elettrico o tavolo di statica + aggiuntivi vari o carrozzina a telaio rigido +telaio prolungato +imbottitura
- Dispositivo facilitante la autospinta sulle ruote posteriori/ carrozzina elettronica uso esterno-interno

In ognuno dei singoli casi di “ riconducibilità” sopra citati è previsto

1. Verifica del fascicolo documentale
2. Richiesta della scheda tecnica “personalizzata” dell’ausilio all’officina proponente il preventivo, completa dei costi del dispositivo
3. Rivalutazione completa del caso, preliminarmente su fascicolo, e quindi, clinico funzionale, in equipe, con eventuale sopralluogo domiciliare, se necessario
4. Valutazione di ipotesi di soluzioni alternative da proporre
5. Scelta definitiva del dispositivo congruo con determinazione della spesa “ad personam” – come extra tariffario – a completo carico della ASL solo nel caso in cui il dispositivo abbia quelle particolari caratteristiche tecniche che risultino **indispensabili** per la migliore autonomia funzionale della persona .

**Per alcuni dispositivi di serie**,quali ad esempio il sollevatore, o sedia wc e doccia, che per caratteristiche tecniche particolari richieste dal prescrittore o per scelta del paziente superino comunque il prezzo del dispositivo “base” fornito dalla ASL viene garantita la copertura economica corrispondente al dispositivo di “base”, salvo particolari casi – singolarmente valutati- di disabilità complesse in cui viene applicata la determinazione “ ad personam” ( vedi sopra)

Per i dispositivi per superare i dislivelli verticali come **i montascale** si è stabilita la **seguinte procedura**

- a. Ricognizione periodica dei montascale forniti : 1 volta l’anno si chiamano i pz. in possesso di montascale e in caso di mancato utilizzo viene ritirato il dispositivo
- b. Ritiro dei montascale forniti e non utilizzati
- c. Verifica dello stato e manutenzione da parte della ditta produttrice
- d. Ridistribuzione del dispositivo ai nuovi richiedenti previo sopralluogo in equipe per valutare la tipologia della scala
- e. In caso di scale e pianerottoli strutturati in modo da non risultare superabili con il cingolato si valuta caso per caso prendendo in carico il pz, se la scelta finale ricade su dispositivi extra tariffario verrà concessa dalla ASL – sul preventivo proposto- una cifra pari al costo del cingolato (non essendo “colpa” del pz. se la scale hanno una dimensione inferiore a quelle necessarie al passaggio del cingolato). Come strumento di valutazione della qualità percepita sul servizio e sull’ausilio è stato scelto il QUEST vers. 2.0, stabilendo i tempi di somministrazione al collaudo e a 6 o 12 mesi.

Redazione ( 10.06.2005):  
Dr. sa Cristina Pusic  
Dir. Medico DMFeR

Verifica(13.06.2005):  
Dr. Mauro Fiammeri  
Resp. UOS Ass. Protesica

Approvazione( 13.06.2005):  
Dr. sa M. R. Romagnuolo  
Dir Inc. UOC Ass. Territoriale

## Allegato 3



Dipartimento  
Medicina  
Fisica  
e  
Riabilitazione

Direttore dott. Marcello Celestini

D.M.F.R.  
UOS Assistenza Protetica  
Presidio Viale Angelico 28  
00195 Roma  
Tel. 06/68353379-80  
Fax. 06/68353381  
e-mail: [celestinissp@libero.it](mailto:celestinissp@libero.it)

Alla c.a. del Sig. .... Fasc. N.....

Il dispositivo/ i da Lei richiesti (prescrizione del dott. \_\_\_\_\_, del \_\_\_\_\_), non potranno essere erogati da questa ASL in quanto dal preliminare controllo ai sensi del D.M. 332/99 risulta che :

1. La documentazione di invalidità è carente
2. Il dispositivo non è contemplato nel D.M. 332/99
3. Il dispositivo è incompatibile con la diagnosi di menomazione riportata sul verbale di invalidità
4. Non c'è corrispondenza tra codici riportati nel preventivo e nella prescrizione
5. Non sono ancora trascorsi i tempi minimi di rinnovo
6. E' già stata concessa una anticipata fornitura dello stesso dispositivo
7. **la prescrizione risulta carente nel progetto riabilitativo**, in particolare nella
  - a. valutazione clinica
  - b. diagnosi circostanziata
  - c. descrizione con codice
  - d. significato terapeutico e riabilitativo del dispositivo
  - e. tempi d'impiego
  - f. controindicazioni all'impiego
  - g. modalità di controllo
  - h. possibili variazioni nel tempo
  - i. motivi del rinnovo (*anche nei minori*)
  - j. La riconducibilità funzionale del dispositivo extratariffario non congrua
  - k. fornitura successiva alla prima (*anche nei minori*):  
indicare se il dispositivo fornito è *ancora idoneo*:      **si**       **no**
  - l. fornitura successiva alla prima (*anche nei minori*):  
indicare se il presidio è *riparabile* :      **si**       **no**
  - m. altro

**L'integrazione della documentazione con i dati richiesti permetterà di procedere alla eventuale Autorizzazione ed Erogazione del dispositivo.**

**La ASL ha fissato un appuntamento in data .....alle ore..... presso il presidio di.....per una rivalutazione clinico funzionale del caso.**

Si ricorda che il Collaudo DEVE essere eseguito dal MEDICO PRESCRITTORE, comunicandone l'esito alla ASL entro 20 giorni dall'avvenuta consegna del dispositivo.

Roma,

Il Medico Autorizzatore

## Allegato 4

Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione RME

Direttore dott. Marcello Celestini



### U.O. ASSISTENZA PROTESICA

#### ▪ **PROCEDURA DI PRESA IN CARICO**

- **CASO A:** pz. con disabilità complessa “in via di dimissione”- con prescrizione ospedaliera/ post- acuzie riabilitativa:
  - Verifica del fascicolo documentale
  - Richiesta della scheda tecnica “personalizzata” dell’ausilio all’officina proponente il preventivo
  - Verifica della congruità delle prescrizioni afferenti :
    - In caso di prescrizione appropriata (essendo evidente il significato riabilitativo dell’ausilio) basta controllare che la scheda tecnica del dispositivo corrisponda a quanto previsto dai codici del DM 332/99 per essere certi di erogare un dispositivo efficace
    - in caso di prescrizione “carente nel significato riabilitativo dell’ausilio” richiesta di elementi aggiuntivi, ( relazione integrativa / relazione che specifichi meglio la riconducibilità del dispositivo non presente nel DM 332/99 dell’equipe curante) + colloquio con familiari per verifica problematiche logistiche domiciliari, FORNENDO AL PAZIENTE LA APPOSITA MODULISTICA FIRMATA DAL MEDICO AUTORIZZATORE DI RICHIESTA DI ELEMENTI AGGIUNTIVI AL PRESCRITTORE
    - sopralluogo in caso di richiesta di montascale per definire l’ausilio più idoneo
    - verifica ed attivazione della rete dei servizi erogatori di materiale necessario al domicilio (servizio farmaceutico, servizio infermieristico domiciliare ecc)
    - attivazione del “ protocollo tutela erogazione corrente elettrica” per i pz. con respiratori e ventilazione assistita in modo continuativo nelle 24 ore.
- **CASO B:** pz. con disabilità complessa che presenti preventivo e prescrizione ambulatoriale per un “rinnovo” di autorizzazione ad uno degli sportelli territoriali, o che si rivolga all’Assistenza protesica per risolvere una problematica particolare di accessibilità o legata a dispositivi già in uso, ma ritenuti non più adatti alle sue esigenze.
  - Verifica del fascicolo documentale
  - Richiesta della scheda tecnica “personalizzata” dell’ausilio all’officina proponente il preventivo
  - Verifica della congruità delle prescrizione afferente :
    - In caso di prescrizione appropriata (essendo evidente il significato riabilitativo dell’ausilio, il motivo del rinnovo, l’usura del precedente dispositivo o le condizioni logistiche e /o somatiche modificate) basta controllare che la scheda tecnica del dispositivo corrisponda a quanto previsto dai codici del DM 332/99 per essere certi di erogare un dispositivo efficace
    - in caso di prescrizione “carente” si esegue la presa in carico secondo i criteri già descritti nel caso A e si invita l’officina scelta dall’assistito a collaborare con prove e eventuali successive modifiche al preventivo

Redazione ( 10.06.2005):

Dr. sa Cristina Pusic

Dir. Medico DMFeR

Verifica(13.06.2005):

Dr. Mauro Fiammeri

Resp. UOS Ass. Protesica

Approvazione( 13.06.2005):

Dr. sa M. R. Romagnuolo

Dir Inc. UOC Ass. Territoriale

## Allegato 5

# AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA E

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE LAZIO N.5163 DEL 30.06.1994



Dipartimento  
Medicina  
Fisica  
e  
Riabilitazione

**D.M.F.R.**  
**UOS Assistenza Protesica**  
**Presidio Viale Angelico 28**  
**00195 Roma**  
**Tel. 06/68353379-80**  
**Fax. 06/68353381**

Direttore dott. Marcello Celestini

E-mail :<celestinissp@libero.it>

## U.O. ASSISTENZA PROTESICA

### AUTORIZZAZIONE FORNITURA DISPOSITIVI PROTESICI

Roma,.....

Sig.....

N° Fascicolo.....

Alla S.V. è stata concessa in data..... l'autorizzazione per la  
fornitura di.....

.....

.....

da ritirare presso il fornitore convenzionato.....

.....

**Entro 20 (venti) giorni dal ritiro della fornitura la S.V. è tenuta ad effettuare il collaudo** presso lo specialista prescrittore e, qualora ciò non fosse possibile, **a contattare il nostro ufficio che provvederà ad attivare le procedure di verifica di congruità / collaudo dei dispositivi autorizzati.**

Qualora la S.V. non si attenga alle suddette procedure incorrerà nelle sanzioni previste.

L'incaricato

Per presa visione

## Allegato 6

Dipartimento Medicina Fisica e Riabilitazione RME



Direttore dott. Marcello Celestini

### U.O. ASSISTENZA PROTESICA

#### VALUTAZIONE E CONSULENZA AUSILI

#### **Scheda di rilevazione ambientale per montascale**

**DATI UTENTE:** Cognome..... Nome.....

Tel..... Via.....

**Patologia**.....

**Invalidita:** richiesta  no  si  % Accompagno

**TIPO DI CASA** Unifamiliare  Pianterreno  Più Piani

**ABITAZIONE** Condomino  Piano abitazione   
in proprietà   
in affitto

**ACCESSO PRINC.** Luce Porta cm .....  
Scalini si  altezza cm..... Profondità cm .....  
No

caratteristiche.....

**SCALA** rettilinea  a rampe  semichiocciola  chiocciola   
nr. Rampe per piano..... Larghezza cm.....  
nr. di rampe.....

caratteristiche .....

**GRADINI** alzata cm ..... Profondità cm .....

caratteristiche .....

**PIANEROTTOLI** Inferiore larghezza cm..... Profondità cm.....  
Superiore larghezza cm..... Profondità cm.....  
Intermedi larghezza cm..... Profondità cm.....

**ASCENSORE** Luce porte cm.....Larghezza cm.....Profondità cm.....

Altro.....

Roma.....

Timbro

Firma operatori



### U.O. ASSISTENZA PROTESICA

## VALUTAZIONE E CONSULENZA AUSILI

### Scheda di Valutazione per Sistemi di Postura

**DATI UTENTE:** Cognome..... Nome.....

Tel..... Via.....

*Patologia / diagnosi*.....

.....

.....

**AUSILI IN DOTAZIONE:**

**carrozzina** mod. \_\_\_\_\_ largh. Cm \_\_\_\_\_ Prof. Cm. \_\_\_\_\_

prescritta il \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_

**cuscino** mod. \_\_\_\_\_ largh. Cm \_\_\_\_\_ Prof. Cm. \_\_\_\_\_

prescritto il \_\_\_\_\_ Cod. \_\_\_\_\_

*Aggiuntivi* \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro:.....

.....

.....

---

#### ANALISI DELLA POSTURA CON L'AUSILIO IN USO

Utilizza già un sistema di postura? SI  NO

Quale? .....

.....

Quale difetto appare più evidente?.....

.....

.....

Quale sensazione riferisce il paziente?.....

.....

.....

.....

.....



## U.O. ASSISTENZA PROTESICA

### VALUTAZIONE E CONSULENZA AUSILI

**ANALISI POSIZIONE SEDUTA**

data.....

**su piano rigido**

- **BACINO**

Antiverso <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Retroverso <input type="checkbox"/>	Riducibile <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Obliquo <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/>	Riducibile <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Rotazione anter. <input type="checkbox"/> dx <input type="checkbox"/> sn <input type="checkbox"/>	Riducibile <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
  
- **SCOLIOSI**

dx convessa <input type="checkbox"/>	sn convessa <input type="checkbox"/>	lombare <input type="checkbox"/>		
dx convessa <input type="checkbox"/>	sn convessa <input type="checkbox"/>	dorsale <input type="checkbox"/>		
  
- **ANCA**

Flessa <input type="checkbox"/>				
Addotta <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Abdotta <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Intra/extrarotata <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
  
- **TRONCO**

Simmetrico <input type="checkbox"/>	Asimmetrico <input type="checkbox"/>			
Controllo	Anteriore <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Posteriore <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
	Laterale <input type="checkbox"/>	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
  
- **CAPO**

Controllo anteriore <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Inclinato dx/sx <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
Ruotato dx/sx <input type="checkbox"/>	Riducibile	Si <input type="checkbox"/>	No <input type="checkbox"/>	
  
- **Ginocchio**

Blocco in flessione / estensione .....				
--	--	--	--	--

**su piano rigido con cuscino a.d. ( mod. \_\_\_\_\_ )**

obliquità bacino	destra	sinistra	neutra
rotazione pelvica anteriore	destra	sinistra	neutra

note:.....  
 .....  
 .....

**in carrozzina: mod. \_\_\_\_\_**

largh. Cm \_\_\_\_\_ prof cm \_\_\_\_\_ assetto/inclinazione \_\_\_\_\_

cuscino ( tipo e dimensioni) \_\_\_\_\_

schienale mod. \_\_\_\_\_ inclinazione \_\_\_\_\_

obliquità bacino	destra	sinistra	neutra
rotazione anteriore pelvica	destra	sinistra	neutra
retroversione del bacino	si	no	
antiversione del bacino	si	no	



scoliosi lombare: dx conv sn conv dorsale : dx conv sn conv  
 cifosi \_\_\_\_\_  
 lordosi \_\_\_\_\_  
 allineamento spalle \_\_\_\_\_  
 posizione capo \_\_\_\_\_  
 arti inf: add abd posiz neutra  
 Posizione piedi: supin pronaz neutra  
 ALTRO \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 Giudizio paziente \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

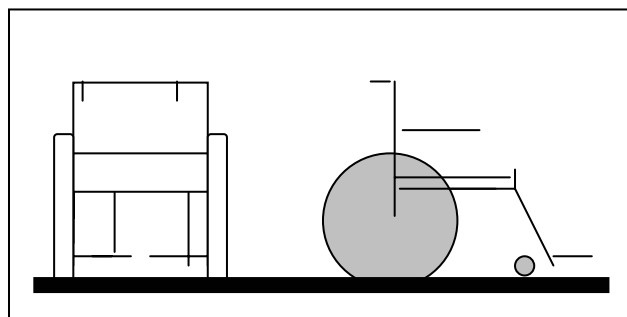
## Misure Principali Utente

<b>A: Larghezza Bacino: cm</b> <b>distanza tra i due trocanteri</b>	<b>B: lunghezza coscia : cm</b> <b>distanza poplite-bacino</b>
<b>C:</b> <b>distanza cavo popliteo- calcagno: cm</b>	<b>D: Altezza tronco : cm</b> <b>Distanza angolo inf. Scapola e</b> <b>piano del sedile</b>
<b>E: Distanza gomito a 90° e piano sedile: cm</b>	<b>E: Larghezza tronco : cm</b> <b>Distanza tra le due ascelle</b>
<b>F: Profondità torace: cm</b>	

### DATI SULLA CARROZZINA (da considerare per l'accessibilità)

TIPO e MODELLO	TELAIO:
PEDANE :	RUOTE POST: RUOTE ANT:

<b>A</b>	Larghezza seduta	cm
<b>B</b>	Profondità seduta	Cm
<b>C</b>	Distanza sedile- pedana(incluso cuscino)	Cm
<b>D</b>	Altezza schienale	Cm
<b>E</b>	Distanza braccioli dal sedile	Cm
<b>F</b>	Larghezza totale	Cm
<b>G</b>	Lunghezza totale	Cm
<b>H</b>	Altezza pedane	Cm
<b>I</b>	Altezza seduta anteriore( incluso cuscino)	Cm
<b>L</b>	Altezza seduta posteriore(incluso cuscino)	Cm



### SISTEMA DI POSTURA

CUSCINO	TIPO E MODELLO	MISURE
SCHIENALE	TIPO E MODELLO	MISURE

### MODIFICHE AL SISTEMA POSTURALE

(segnalare gli accessori utilizzati per il cuscino, schienale, le variazioni dell'assetto)

\_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_  
 \_\_\_\_\_

**AUSILI DEFINITI**

data.....

**Carrozzina: : mod.** \_\_\_\_\_ **cod** \_\_\_\_\_

Sedile: largh. Cm \_\_\_\_\_ prof cm \_\_\_\_\_ inclinazione \_\_\_\_\_

Schienale: altezzacm \_\_\_\_\_

Telaio: assetto/inclinazione \_\_\_\_\_

Pedane \_\_\_\_\_

Ruote ant \_\_\_\_\_

Ruote post \_\_\_\_\_ campanatura \_\_\_\_\_

Corrimano \_\_\_\_\_

Braccioli/ Spondine \_\_\_\_\_

Monoguidera dx sn

**Cuscino a.d.**

modello: \_\_\_\_\_ cod. \_\_\_\_\_

Aggiuntivi \_\_\_\_\_

Schienale mod \_\_\_\_\_ cod \_\_\_\_\_

Aggiuntivi \_\_\_\_\_

**Carrozzina elettrica mod** \_\_\_\_\_ **cod** \_\_\_\_\_

Uso interno esterno int/est

**Carrozzina elevatrice mod** \_\_\_\_\_ **cod** \_\_\_\_\_

Aggiuntivi \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Altro: \_\_\_\_\_

\_\_\_\_\_

Il medico prescrittore (Timbro e firma)

## Allegato 7

# AZIENDA UNITÀ SANITARIA LOCALE ROMA E

DELIBERAZIONE GIUNTA REGIONALE LAZIO N.5163 DEL 30.06.1994

S/317

### MODULO PER LA PRESCRIZIONE DI PRESIDI PROTESI AUSILI

Cognome	Nome	Telefono	a
Cod.Fisc.	Data di nascita	A.S.L. Invalidità <input type="checkbox"/> si <input type="checkbox"/> no	
Luogo di residenza	Via	C.A.P.	
PRESCRITTO da: * Medico specialista del S.S.N. <input type="checkbox"/> * Altro Medico <input type="checkbox"/>			
PRESSO: * Ospedale <input type="checkbox"/> }      Dimesso il <input type="text"/> * Casa di Riposo <input type="checkbox"/> * Ambulatorio <input type="checkbox"/> * C.d.C. <input type="checkbox"/> }                     * R.S.A. <input type="checkbox"/> * Lungodegenza <input type="checkbox"/> per acuti/riab.mot <input type="checkbox"/> }                     * C.A.D. <input type="checkbox"/>			
<b>VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE</b>			
<b>DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA</b>			
<b>DESCRIZIONE DEL PRESIDIO</b>			
			<b>CODICE</b>
Aggiuntivi :			
<b>PROGETTO RIABILITATIVO E SIGNIFICATO TERAPEUTICO</b>			
<b>TEMPI D'IMPIEGO</b>		<b>CONTROINDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO</b>	
		(espressamente indicati all'utente)	
ORE <input type="text"/>	GIORNI <input type="text"/>	SETTIMANE <input type="text"/>	
<b>VERIFICA DISPOSITIVO</b>		<b>VARIAZIONI POSSIBILI NEL TEMPO</b>	
Data 1° Verifica <input type="text"/>	Verifica successiva <input type="text"/>	Possibili <input type="checkbox"/>	non possibili <input type="checkbox"/>
* Nel caso di rinnovo del presidio prima dei tempi previsti indicare dettagliatamente i motivi _____			
* Nel caso di fornitura successiva alla prima, indicare se : * Il presidio precedentemente fornito è ancora idoneo. <input type="checkbox"/> * Il presidio è riparabile. <input type="checkbox"/>			
Timbro Struttura di appartenenza e del Medico prescrittore		Il Medico Specialista	
		Data _____	
m			