



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Polo Tecnologico
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2007/2008

Proposta organizzativa per un riassetto del settore Assistenza Protesica nella ASL di Latina

CANDIDATA: Santa Cassibba

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract. *Il settore dell'Assistenza Protesica, disciplinato dal D.M. Salute n. 332 del 29 agosto 1999, eroga presidi per la Riabilitazione, in favore di persone adulte e minori con menomazioni fisiche, cognitive e sensoriali rivestendo un ruolo di notevole impegno economico per il SSN. Dall'esperienza maturata nella pratica quotidiana si evidenzia una realtà che fa risaltare alcuni elementi di criticità nell'attuale processo erogativo. L'obiettivo della proposta è di coordinare ed integrare tutte le attività di concessione creando, nell'ambito dell'Azienda USL Latina, percorsi erogativi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficacia ed appropriatezza. L'analisi delle procedure porta a formulare alcuni suggerimenti che, al fine di dare appropriatezza alle prescrizioni, di iniziare un'azione di contenimento della spesa e di standardizzare gli interventi, possono articolarsi nello sviluppo di una cultura degli ausili. Infine, nell'ambito di questi interventi, viene proposto l'istituzione di un Centro Ausili di riferimento provinciale, che operi con protocolli unitari, finalizzati alla razionale prescrizione, al collaudo degli ausili, protesi ed ortesi e che sia promotore della formazione, dell'aggiornamento, della didattica, dell'educazione e dell'informazione sanitaria nel territorio della provincia di Latina.*

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico**

**Prof. Giuseppe Vico
Ing Renzo Andrich**

1. Sintesi del progetto

Questa proposta ha lo scopo di riorganizzare l'erogazione delle prestazioni di Assistenza Protesica, con particolare riferimento alle protesi, ortesi ed ausili, nell'ambito dell'Azienda USL Latina.

In quest'Azienda, che ha un bacino di utenza di circa 500.000 abitanti, distribuito su un ampio territorio e con un'orografia varia e complessa, l'erogazione del servizio è suddivisa su 5 distretti territoriali nel cui settore è palese che sussistano diversi elementi di criticità, sia comuni ad altre realtà sia locali, che spesso possono determinare difformità nella qualità del servizio reso agli utenti e che, contestualmente, si traducono anche in un onere economico eccessivo per la collettività.

L'obiettivo è quindi di coordinare ed integrare tutte le attività di concessione concordando percorsi virtuosi basati su criteri di unitarietà, tempestività, efficacia ed appropriatezza della domanda e dell'erogazione. Aspetti che possono caratterizzare la qualità degli interventi sono:

- l'organizzazione e la raccolta di dati relativi alle disabilità della popolazione per l'analisi dinamica dei bisogni reali della utenza;
- predisposizione di protocolli valutativi e di interventi per l'omogeneizzazione e l'elevazione degli standard di trattamento. Tali protocolli di intervento devono tener conto delle Linee-Guida nazionali (Ministero della Sanità, 1998) ed internazionali sulle varie patologie di ambito riabilitativo e basarsi sulla "Medicina dell'Evidenza" (es. plantari, presidi antidecubito, ecc.). In assenza di tali protocolli è comunque opportuno che il programma risulti da un accordo pluridisciplinare;
- le procedure dovrebbero realizzarsi nel quadro di indicazioni derivanti da linee-guida validate e nell'ambito del Programma di attività dell'Azienda nell'ottica dell'eliminazione di prestazioni non rispondenti a moderne esigenze, della standardizzazione di metodiche, dell'uso di tecniche di informatizzazione del lavoro, del miglior rapporto costo-efficacia in relazione ai finanziamenti assegnati e finalizzati al contenimento della disabilità.

In tale ottica sono essere riesaminati i quattro principali passaggi necessari all'ottenimento dei presidi (prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo) che, sottoposti ad un'analisi approfondita, presentano ciascuno dei punti deboli. Un ulteriore target da raggiungere è la valorizzazione, tramite opportuni interventi, dell'appropriatezza delle prestazioni fornite proponendo Linee Guida di buona pratica clinica coniugando altresì il massimo possibile dell'appropriatezza prescrittiva con le esigenze di contenimento della spesa.

Inoltre viene prospettata l'istituzione, nel Distretto Sanitario 3 Monti Lepini, posto in una posizione strategica del territorio pontino, di un Centro Ausili a valenza aziendale al fine di fornire un riferimento clinico ed un supporto di valutazione e integrazione dell'attuale servizio di Assistenza Protesica nell'ambito del territorio della provincia di Latina.

In attesa della più volte annunciata emanazione, da parte del Ministero della Salute, di nuove direttive in merito alla concessione di protesi, ortesi ed ausili, questa proposta di riorganizzazione nasce dall'esigenza di dare spunti di discussione, che a tratti possono sembrare provocatori, per una ridefinizione della gestione delle attività e delle risorse al fine di garantire gli interventi sanitari più appropriati, la continuità dei percorsi delle cure e la razionalità nell'uso delle opportunità, tenendo ben presente il forte bisogno di coniugare le necessità delle Persone disabili, dei medici prescrittori e dei soggetti erogatori il servizio. Ulteriore obiettivo è l'integrazione di tutte le attività creando percorsi virtuosi basati su criteri di uniformità, tempestività, efficacia ed appropriatezza.

Il Centro Ausili si struttura, poi, come un servizio territoriale non residenziale dove tutti gli operatori del team partecipa, ciascuno con le rispettive competenze, alla presa in carico globale è finalizzata:

- Al reinserimento del disabile nell'ambiente di vita garantendo la valutazione della massima autonomia possibile, consentendo il miglioramento della qualità della vita sua e dei suoi conviventi;
- A fornire una struttura pubblica che faccia da ponte tra la riabilitazione medica e la riabilitazione sociale rendendo efficace l'integrazione della rete dei servizi;
- All'umanizzazione e qualificazione dei servizi di assistenza protesica tracciando un percorso costruito con il disabile stesso che diventa "protagonista" delle scelte per la propria autonomia.

2. Premesse teoriche

La situazione economica del nostro Paese, ed in particolare della Sanità pubblica, fa prendere atto di una contrazione delle opportunità offerte conseguente ad una revisione del Welfare-State: la società sta cambiando radicalmente e non si può continuare a pensare ad azioni tampone, né a politiche d'emergenza se non aggiornando le strategie di intervento. Tali cambiamenti si stanno verificando (e si verificheranno) anche sulla spinta di un fermento autonomista da parte delle Regioni che richiedono un sempre maggiore potere decisionale in campo sanitario e sociale.

Nel settore dell'Assistenza Protesica ed Integrativa, le AA.SS.LL., anche a causa della crescita della fascia di popolazione anziana e delle patologie disabilitanti ad essa correlate, sono chiamate ad un notevole impegno di spesa che comporta annualmente numerose centinaia di milioni di Euro e ciò, necessariamente, impone loro una rigorosa attenzione nella distribuzione delle risorse. Ciò nondimeno, tale cifra, tramite idonei interventi razionalizzanti il controllo dei processi di concessione e l'appropriatezza delle prescrizioni, è fortemente ipotizzabile che possa essere sensibilmente contenuta almeno per quanto concerne il settore dei presidi per la Riabilitazione.

In tal senso, la Medicina Riabilitativa deve adeguarsi a questa realtà senza ulteriori attese. L'approccio può partire dall'esperienza assistenziale per arrivare poi a verificare, con la ricerca, il proprio operato o, viceversa, partire dalla ricerca per arrivare ad un'organizzazione appropriata, efficiente ed efficace.

Da diversi anni il mondo riabilitativo nord americano ha affermato come la ricerca scientifica sia fondamentale per provare l'efficacia del trattamento e l'eventuale utilità di nuovi approcci tecnico-riabilitativi ed individuando nella ricerca l'elemento essenziale per una validità della Medicina Riabilitativa. Questo impegno deve essere assunto quanto prima anche in Italia, dove i livelli di assistenza non sono inferiori a quelli prodotti a livello internazionale.

La crescita del numero dei medici specialisti che si dedicano anche alla prescrizione di ausili può contribuire al miglioramento delle prassi cliniche quotidiane contribuendo a suscitare maggiore attenzione sul tema e sulla necessità di adeguati finanziamenti.

La Evidence-based Medicine (EBM) è uno strumento culturale che si è progressivamente diffuso a livello internazionale, favorito da alcuni fenomeni che hanno contribuito ad una crisi dei modelli tradizionali della medicina:

- la crescita esponenziale dell'informazione (volume e complessità), che ha reso sempre più difficile l'aggiornamento professionale;
- il limitato trasferimento dei risultati della ricerca all'assistenza sanitaria documentato da diversi fattori: ampia variabilità della pratica professionale, persistente utilizzo di soluzioni inefficaci, elevato livello di inappropriatezza in eccesso, scarsa diffusione di trattamenti efficaci ed appropriati;
- la crisi economica dei sistemi sanitari, contemporanea alla crescita della domanda e dei costi dell'assistenza;
- il maggior livello di consapevolezza degli utenti sui servizi e prestazioni sanitarie;
- lo sviluppo delle tecnologie informatiche culminato nell'esplosione di Internet che ha aperto una nuova era dell'informazione in campo medico;
- la crescita esponenziale del volume e della complessità dell'informazione che ha reso sempre più difficile l'aggiornamento professionale per il singolo medico.

Con questi presupposti, l'EBM (o EBR, in Riabilitazione) costituisce un approccio alla pratica clinica dove le decisioni cliniche risultano dall'integrazione tra l'esperienza del medico e l'utilizzo coscienzioso, esplicito e giudizioso delle migliori evidenze disponibili, mediate dalle preferenze del paziente (Sackett et al, 1996).

Sempre Sackett precisa come le evidenze riguardano l'accuratezza dei test diagnostici (inclusi la storia e l'esame fisico), la potenza dei fattori prognostici, l'efficacia e sicurezza degli interventi preventivi, terapeutici e riabilitativi"

La EBM, attribuendosi una "missione didattica", configura pertanto un processo di autoapprendimento in cui l'assistenza individuale al paziente stimola la ricerca dalla letteratura di informazioni valide, rilevanti ed aggiornate che consentono all'operatore di "colmare" i gap di conoscenza.

Nel corso degli anni, la definizione di EBM si è progressivamente evoluta riconoscendo che:

- il contesto tecnico-assistenziale è una determinante non trascurabile delle decisioni da prendere;

- l'esperienza professionale costituisce l'unico elemento che può integrare in maniera equilibrata evidenze, preferenze e contesto.

In considerazione di tali elementi si è sviluppato questo elaborato che si occupa della riorganizzazione dell'Assistenza Protetica nella Azienda USL di Latina.

3. Contesto

3.1. Il territorio

La provincia di Latina si estende per 2.250 kmq ed è costituita da 33 comuni con una popolazione residente, al 2005, di 519.850 abitanti, di cui 13.906 stranieri. Il suo territorio, diviso tra aree collinari, montuose e piane costiere, è bagnato dal Mar Tirreno in tutta la sua estensione ed il suo litorale, compreso tra la foce del fiume Astura a nord e la foce del Garigliano a sud, si estende per oltre 100 km. Il territorio provinciale comprende, inoltre, l'arcipelago pontino con le isole di Ponza e Ventotene. È inserito tra la provincia di Frosinone a nord, la provincia di Roma a nord-ovest, la Campania (provincia di Caserta) a sud-est ed il mar Tirreno a sud-ovest.

L'orografia della zona in cui sono inclusi i 33 comuni risulta così suddivisa: 9 comuni appartengono alla zona di pianura, 22 appartengono alla zona di collina, con 2 ubicati nelle isole dell'arcipelago pontino mentre 2 appartengono alla zona di montagna.

3.2. Distribuzione della popolazione

Il 66% circa della popolazione risiede in pianura, il 33% in collina e circa l'1% in montagna e nelle isole dell'arcipelago pontino. In pianura ed in collina, prevale la fascia d'età più giovane, in particolare dai 16 ai 45 anni, soprattutto di sesso femminile.

Dei 33 comuni, 14 sono di piccole dimensioni, appartenendo alla classe di ampiezza demografica fino a 5000 abitanti e ospitano il 7% della popolazione ed il 21,5% risiede nel Capoluogo, l'unico appartenente alla classe al di sopra dei 100.000 abitanti; il secondo comune per ampiezza demografica è Aprilia, con oltre 62.000 abitanti, pari al 12% della popolazione provinciale, mentre il restante 51% della popolazione risiede negli 11 comuni di media dimensione (tra i 10.000 ed i 50.000 abitanti).

Alcuni di essi - Latina, Aprilia, Pontina e Sabaudia - sono di fondazione recente, successiva alla bonifica dell'Agro Pontino avvenuta all'inizio degli anni '30, mentre i rimanenti 29 insediamenti sono più antichi, risalendo, in alcuni casi, addirittura all'epoca romana e medievale. Da ciò si evince che, per i primi, l'urbanizzazione è stata più regolare mentre, per i secondi, i loro centri storici sono particolarmente complessi mantenendo edifici antichi con strutture e viabilità di particolare complessità con costanti problematiche di accessibilità: grandi rampe di gradini per l'accesso al portone, palazzi senza ascensore, stabili dove sono stati ricavati ascensori di piccole dimensioni che rendono particolarmente difficoltoso l'abbattimento delle barriere architettoniche.

3.3. Insediamenti produttivi e risorse economiche

La provincia di Latina ha un'economia basata sull'industria, turismo, terziario e sull'agricoltura; quest'ultima svolge un ruolo di particolare importanza e di assoluto prestigio nel contesto regionale essendo molto sviluppata la frutticoltura.

L'area Nord comprende sia comuni (da Aprilia a Terracina lungo la fascia costiera) a vocazione industriale, con il 70% degli insediamenti industriali, soprattutto nel settore chimico-farmaceutico e aeronautico e un notevole sviluppo di piccole e medie imprese, sia comuni (da Roccamassima a Sonnino), a vocazione turistica legata alla peculiarità naturalistico-ambientale del paesaggio e alla presenza di importanti centri storici. L'area Sud comprende comuni (da Fondi a Minturno lungo la fascia costiera e da Monte S. Biagio a Castelforte all'interno) a vocazione turistica e commerciale, grazie ad un patrimonio ambientale di notevole interesse e una costa ricca di spiagge.

3.4. I Distretti Sanitari

Il territorio dell'Azienda USL Locale di Latina coincide con quello della Provincia ed è suddivisa in cinque Distretti Sanitari:

- **Distretto 1:** composto da 4 comuni (Aprilia, Cisterna, Cori e Roccamassima) con 107.404 abitanti;
- **Distretto 2:** composto da 5 comuni (Latina, Pontinia, Norma, Sermoneta e Sabaudia) con 153.809 abitanti;
- **Distretto 3:** composto da 8 comuni (Roccamassima, Sezze, Bassiano, Priverno, Maenza, Roccasecca, Prossedi e Sonnino) con 55.278 abitanti;
- **Distretto 4** composto da 7 comuni (Terracina, Fondi, Monte San Biagio, San Felice Circeo, Lenola, Campodimele e Sperlonga) con 99.772 abitanti;
- **Distretto 5:** composto da 9 comuni (Formia, Gaeta, Itri, Minturno,Castelforte, Santi Cosma e Damiano, Spigno Saturnia, Ponza e Ventotene) con 103.587 abitanti.

Il "Distretto 1" si caratterizza per un territorio prevalentemente pianeggiante e collinare, ove risiede l'89% della popolazione distrettuale. La zona collinare più interna ha un'altitudine superiore ai 500 metri fino a diventare montuosa raggiungendo i 1500 metri, nel comune di Roccamassima, che è uno dei due comuni montani presenti nella provincia pontina.

Il "Distretto 2" si caratterizza per un territorio prevalentemente pianeggiante ove risiede il 93% circa della popolazione distrettuale mentre il "Distretto 3" è situato nella regione più orientale ed è esclusivamente collinare (> ai 500 metri di altitudine).

Il "Distretto 4" è prevalentemente pianeggiante, con l'86% circa della popolazione distrettuale; appartiene a questo Distretto Campodimele, l'altro comune montano della provincia.

Infine, il "Distretto 5" si distingue per un territorio prevalentemente collinare, ove risiede l'82% della popolazione distrettuale; ad esso appartengono le isole di Ponza e Ventotene.

4. Bacino di utenza

Il bacino di utenza della popolazione della provincia di Latina è di 519.850 abitanti, il dato è stimato nel 2006 e la distribuzione è varia nel territorio, territorio in cui si trovano aree densamente popolate ed aree scarsamente popolate (tabelle 2,3 e 4)

Maschi						
Distretto Sanitario	0-15	16-45	46-65	66-75	≥ 76	Totale
Distretto 1	9435	24651	12758	4265	2173	53282
Distretto 2	12574	34432	18506	6096	3157	74765
Distretto 3	4544	12051	6470	2767	1492	27324
Distretto 4	8057	21938	11928	4311	2749	48983
Distretto 5	8321	21620	12598	4616	3165	50320
Totale	42931	114692	62260	22055	12736	254674

Tabella 1:Popolazione maschile fascia da 0 a ≥ 76 anni

Femmine						
Distretto Sanitario	0-15	16-45	46-65	66-75	≥ 76	Totale
Distretto 1	8669	24152	13081	4771	3449	54122
Distretto 2	12060	34456	20120	6975	5433	79044
Distretto 3	4188	11858	6589	2941	2378	27954
Distretto 4	7587	21543	12359	5058	4242	50789
Distretto 5	8001	22032	13162	5190	4882	53267
Totale	40505	114041	65311	24935	20384	265176

Tabella 2:Popolazione femminile da 0 a ≥ 76 anni

Maschi e Femmine

Distretto Sanitario	0-15	16-45	46-65	66-75	≥ 76	Totale
Distretto 1	18104	38793	25839	9036	5622	107404
Distretto 2	24634	68888	38626	13071	8590	153809
Distretto 3	8732	23909	13059	5708	3870	55278
Distretto 4	15644	43481	24287	9369	6991	99772
Distretto 5	16322	43652	25760	9806	8047	103587
Totale	83436	228733	127571	46990	33120	519850

Tabella 3: Popolazione maschile e femminile da 0 a ≥ 76 anni

Dall'analisi degli indicatori di struttura della popolazione si evidenzia il peso relativo delle diverse fasce d'età, emergendo che la provincia di Latina si caratterizza per una popolazione giovane, contraddistinta da un fenomeno di immigrazione iniziato ai tempi della Bonifica e che si sta protraendo tuttora, con un'età media di 39,9 anni (età media Italia e Lazio circa 42 anni) e un indice di vecchiaia (i.v.) pari a 110, il più basso del Lazio (i.v. Lazio =135, i.v. Italia = 138).

Il Distretto Sanitario 1 si distingue per avere l'indice di vecchiaia più basso mentre il Distretto 3 è quello con l'indice di vecchiaia più alto, soprattutto nel sesso femminile.

5. Situazione iniziale

Nell'Assistenza Protesica ed Integrativa, la nostra Azienda è stata impegnata, nell'anno 2007, per una spesa complessiva di 9,5 mln. di Euro che, tramite idonei interventi razionalizzanti il servizio reso agli utenti ed il controllo dei processi di concessione e l'appropriatezza delle prescrizioni, è fortemente ipotizzabile che in futuro possa essere sensibilmente contenuta almeno per il settore dei presidi per la Riabilitazione.

L'attuale assetto dell'erogazione delle prestazioni di Assistenza Protesica nell'Azienda USL Latina è articolato su 5, uno per ciascun distretto, punti di accoglienza dove il personale amministrativo riceve le domande provenienti dall'utenza. In ciascuno di questi uffici svolge la propria attività anche un medico autorizzatore che vaglia le istanze provenienti da prescrittori interni (Tabella 1) ed esterni alla ASL, valutandone la congruità nei modi previsti dal D.M. Salute n. 332/99 (D.M. Salute, 1999).

Distretto 1 Aprilia-Cisterna	Distretto 2 Latina	Distretto 3 Monti Lepini	Distretto 4 Terracina Fondi	Distretto 5 Formia Gaeta
1 Fisiatra 1 Ortopedico 1 Ortopedico SUMAI 1 Fisiatra SUMAI 1 Pneumologo Dip. 3 NPI SUMAI 2 ORL SUMAI 2 Geriatri SUMAI 2 Neurologi SUMAI	5 Fisiatri dipendenti 1 Fisiatra SUMAI 1 Ortopedico SUMAI UU.OO. di Ortopedia, di Neurologia, di NPI e di Pneumologia del P.O. Centro Ipovisione 2 ORL SUMAI 1 Neurologo SUMAI	3 Fisiatri dipendenti 1 Ortopedico SUMAI 3 Geriatri dipendenti 1 Geriatra SUMAI 1 Neurologo SUMAI 2 Pneumologi dip. U.O. di NPI	U.O. di Ortopedia del P.O. 1 Geriatra SUMAI 1 Fisiatra SUMAI 1 Neurologo SUMAI- 1 ORL SUMAI	2 Fisiatri dipendenti 1 Geriatra SUMAI 1 Neurologo SUMAI U.O. di Ortopedia

Tabella 4: Copertura specialistica per area distrettuale

Per l'Assistenza Protesica è proponibile, compatibilmente con le risorse umane a disposizione, e con le singole strategie aziendali in materia, un riassetto del settore basato più su un rigoroso e coinvolgente metodo di lavoro, articolato su più livelli di responsabilità il quale, piuttosto che affidare il "problem solving" alla buona volontà dei singoli, valorizza le competenze professionali degli operatori cercando di avere il miglior livello possibile del controllo di gestione e di qualità delle prestazioni.

5.1. Criticità

L'attuale normativa (D.M. Sanità n. 332/99 27 agosto 1999) prevede una procedura di erogazione articolata in 4 "momenti": la Prescrizione, l'Autorizzazione, la Fornitura ed il Collaudo. Tuttavia, ognuno di questi mostra dei "punti deboli" che, a loro volta, possono generare in conseguenza comportamenti prescrittivi e/o

autorizzativi difformi non solo fra le diverse Regioni ma anche fra Distretti della stessa ASL. Tali distorsioni necessitano quindi di linee d'intervento comuni, razionali ed efficienti.

Per i presidi per la Riabilitazione poi, dall'esperienza maturata nella pratica quotidiana, non possono essere sottaciuti altri significativi elementi di criticità nell'attuale realtà erogativa:

- al momento non esistono linee di azione comuni e condivise, sia nei prescrittori sia negli autorizzatori che diano un livello di omogeneità efficace ed efficiente, creando, a volte, situazioni di diversità nelle prestazioni erogate ed erogabili;
- il riutilizzo dei dispositivi non più necessari all'utenza è limitato in quanto la DGR Lazio n. 914/04 (Regione Lazio, 2004) prevede solo il recupero di alcuni presidi degli allegati 2 e 3;
- la mancata istituzione, almeno nel Lazio, di un Albo Regionale accreditante i medici prescrittori ha dato origine a sanitari senza un'approfondita e certificata conoscenza nella materia; questi spesso prescrivono e si muovono in un campo tecnico-scientifico che sta facendo enormi passi in avanti nella ricerca e nello sviluppo di nuove tecnologie e materiali;
- in molti casi le prescrizioni risultano inappropriate essendo in realtà "trascrizioni" rispondenti più a richieste "indotte" che ai reali bisogni delle Persone con disabilità;
- solo raramente l'uso del presidio è inserito in un circostanziato piano clinico di prevenzione e/o di Riabilitazione scaturito dall'attenta analisi dei bisogni fisico-sensoriali e delle condizioni del contesto socio-ambientale in cui vive la Persona;
- creazione di false aspettative nell'utenza;
- sottovalutazione dell'importanza del collaudo per le AA.SS.LL. e, soprattutto, per gli utenti;
- assenza di valutazioni continue e verifiche efficaci sulla qualità delle prestazioni fornite.

Inoltre, poiché per i Distretti Sanitari, responsabili dell'Assistenza Protesica ed Integrativa, sono previsti ambiti sotto cui possono ricadere insediamenti esclusivamente metropolitani oppure il territorio di diversi Comuni, la cui orografia può essere disagiata, si evidenziano:

- mancanza di uno stretto rapporto fra Prescrittore e persona disabile anche per la frequente lontananza dello specialista dal luogo di residenza dell'utente;
- mancanza del collaudo diretto per gli ausili di grande ingombro (letti, montascale, sollevatori, respiratori ecc.);
- il follow-up dei pazienti, secondario ad occasionali momenti prescrittivi (in particolar modo provenienti da strutture lontane dai luoghi di residenza dei pazienti), appare non essere sufficiente.

6. Obiettivi del progetto

L'esigenza principale di questo elaborato è la trasformazione dell'Assistenza Protesica nella nostra ASL passando da una concezione strettamente burocratica del processo ad un concetto più clinico degli interventi che, da una sommaria visione dell'argomento, può apparire un'impresa ardua, poiché, in tale ambito, si operano scelte economiche necessitanti di momenti irrinunciabili di controllo amministrativo.

Tuttavia, operando una corretta analisi clinico-riabilitativa e sociale dei reali bisogni, operata sul territorio da figure professionali competenti, si possono orientare le persone nella scelta di dispositivi appropriati assicurando così corrette prescrizioni e corrette erogazioni coniugandole con le attuali generali necessità di controllo della spesa da parte del SSN.

Dall'esperienza maturata nel campo in questi anni, nasce il convincimento che sia indispensabile creare all'interno dell'Assistenza Protesica, un servizio di riferimento agli utenti e per gli utenti. Di conseguenza, in quest'ottica, il Centro Ausili intende proporsi come 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 possono avere un Centro attrezzato che prenda in carico il paziente per un progetto/programma di autonomia;

- per i pazienti presenti nel territorio della ASL che necessitino di esigenze particolari in materia di ausili, ortesi e protesi e/o nella manutenzione degli ausili già concessi;
- per l'Azienda stessa come Centro di coordinamento per la raccolta e la verifica condivisa dei dati statistici oltre che per la redazione di linee guida procedurali di qualità e di indirizzo formativo e metodologico in materia di ausili, ortesi e protesi.

In assenza di tali interventi correttivi si potranno verificare alcune difformità quali:

- aumento incontrollato della spesa da parte dell'Azienda;
- riduzione della qualità e delle prestazioni erogate e, conseguentemente, della soddisfazione degli utenti del servizio.

7. Articolazione del progetto

L'intervento primario previsto è la creazione e la diffusione di una "*cultura dell'appropriatezza dell'ausilio*", fra i prescrittori interni e gli autorizzatori, che li conduca ad una buona prassi condivisa nell'erogazione dell'Assistenza Protesica.

7.1. Prescrizione

Per la Prescrizione sono impegnati specialisti del SSN, necessariamente dipendenti o convenzionati, che, per norma, siano "*... competenti per tipologia di menomazione o disabilità...*" mentre è previsto che, per gli Ausili selezionati, debba essere stilato un dettagliato programma di recupero funzionale inserito in un *Progetto Riabilitativo Individuale* che coniughi gli aspetti clinici con quelli sociali.

La presa in carico del paziente con menomazioni senso-motorie, in fase di recupero intensivo, estensivo oppure di mantenimento, presuppone uno stretto rapporto fra il Medico e la Persona Disabile per individuare i suoi reali bisogni. Ciò implica, da parte del sanitario prescrittore, un approccio personale e non superficiale, di conoscenza diretta degli aspetti clinici, abitativi, ambientali, culturali e sociali in cui vive il soggetto per rilevarne e quantificarne il livello di abilità residue e recuperabili definendo gli obiettivi a breve, medio e lungo termine. Pertanto, al fine di realizzare e far coesistere tali elementi, è auspicabile che si preveda:

- 1) l'individuazione per ogni Distretto Sanitario, in coordinamento con il locale Ufficio di Assistenza Protesica, di un ristretto numero di prescrittori di riferimento per ciascuna area geografica (uno o più per ogni tipologia di disabilità), particolarmente informati sulla legislazione e sulle metodiche prescrittive, o comunque disponibili ad essere formati in tal senso, a cui riservare la prescrizione; tali sanitari dovrebbero essere previsti almeno per la prescrizione di dispositivi tecnici che per la loro individuazione necessitino di un sopralluogo ambientale (montascale, sollevatori, letti, carrozzine elettroniche e non, respiratori, ecc.);
- 2) la previsione di spazi strutturali e temporali ritagliati ad hoc nell'attività istituzionale di questi specialisti, calibrati in base alle esigenze del territorio, dedicati alla prescrizione e collaudo dei dispositivi in modo tempestivo;
- 3) la possibilità di "mobilità intraaziendale" solo per quegli utenti che necessitano della prescrizione di Presidi di piccolo ingombro e facilmente trasportabili (calzature, busti, corsetti, protesi acustiche, ecc.);
- 4) la presa in carico, da parte degli specialisti di riferimento, dei pazienti con prescrizioni provenienti da strutture extraaziendali o, comunque, lontane dal luogo di residenza dell'utente. Tale passaggio di presa in carico è da intendersi parziale ed in ogni modo limitato all'attuazione del Programma Riabilitativo inerente l'adozione di Ausili e sempre in accordo con il sanitario della struttura di provenienza, responsabile del Progetto Riabilitativo;
- 5) l'individuazione, al fine della responsabilizzazione e razionalizzazione quali-quantitativa delle prescrizioni, di un tetto di spesa raggiungibile da ciascuno specialista (o branca) nell'anno, da definire nei particolari e comunque parametrato in base all'identificazione dei bisogni assistenziali della popolazione residente nel territorio delle aree geografiche di riferimento;

- 6) la valorizzazione ed il coinvolgimento, nelle fasi preliminari del “momento prescrittivo”, delle figure del Fisioterapista (D.M. Sanità, 1994) e del Terapista Occupazionale (D.M. Sanità, 1997) i cui Profili Professionali prevedono la proposta di adozione di protesi ed ausili, l’addestramento all’uso e la verifica dell’efficacia degli stessi nonché la valutazione funzionale svolta in piena titolarità ed autonomia.

Fra i motivi che fanno optare verso la soluzione di un “pool” ristretto di medici per ciascuna area geografica, vi è pure l’esigenza di costruire fra essi, ADI, MMG ed autorizzatori un rapporto fiduciario che possono favorire ulteriormente il coinvolgimento e l’omogeneità degli interventi ed i momenti formativi.

7.2. Autorizzazione

La norma prevede la sola verifica, da parte dell’Azienda, “...dello stato di avente diritto del richiedente, della corrispondenza tra la prescrizione medica ed i dispositivi codificati nel Nomenclatore nonché, nel caso di forniture successive alla prima, del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo...”. Tuttavia, ciò appare decisamente insufficiente per un adeguato controllo di gestione economica dell’erogazione dei dispositivi e sull’appropriatezza clinica. In base ad un’interpretazione più ampia della norma, condivisa anche dallo stesso Ministero della Salute, l’Azienda può considerare altri aspetti rilevanti sotto il profilo sostanziale incaricando l’Autorizzatore di verificare se la prescrizione sia inserita coerentemente nel programma terapeutico previsto dal DMS 332/’99, se il dispositivo abbia una funzione riabilitativa che confligga con la funzione di un diverso dispositivo già prescritto in passato o contestualmente al primo, se le sue caratteristiche lo rendano adatto all’utilizzo da parte del soggetto cui è destinato, ecc..

Sembra quindi del tutto lecito che l’Autorizzatore avvii un confronto diretto con lo specialista prescrittore che porti a risolvere i dubbi e le eventuali contraddizioni emerse in sede di verifica. Inoltre, per quanto riguarda la responsabilità finale della prescrizione, non è esclusa, di fronte all’evidente inapproprietezza prescrittiva, seppur formalmente corretta, che anche l’Autorizzatore possa rispondere in sede di accertamento contabile.

In virtù di queste considerazioni, l’atto autorizzativo, finora considerato prevalentemente come un mero atto amministrativo, si deve assolutamente trasformare in senso clinico per valutare in modo adeguato le prescrizioni ed i piani terapeutici; ciò rende necessaria la modifica del tipo di lavoro degli Uffici di Assistenza Protesica richiedendo, da parte dell’Autorizzatore, particolari cognizioni tecnico-sanitarie certamente non improvvisate. Si propone quindi:

- 1) di prevedere un Autorizzatore per ogni Distretto o, qualora il territorio di competenza sia particolarmente esteso, comprendendo più aree geografiche, un Autorizzatore per ciascun ambito subdistrettuale al fine di favorirne la presenza sul campo e l’affiatamento con gli specialisti di riferimento locali;
- 2) di affidare l’atto autorizzativo preferibilmente a specialisti in Medicina Fisica e Riabilitativa che, per la loro preparazione transdisciplinare, possono perfettamente relazionarsi con i Prescrittori locali di varie branche instaurando con loro un costante e collaborativo confronto ed incentivando così anche la “cultura dell’ausilio”;
- 3) di affiancare al personale amministrativo degli Uffici di Assistenza Protesica operatori delle Professioni Sanitarie addestrati in modo specifico (Fisioterapisti, Terapisti Occupazionali ed Assistenti Sociali) che possono fattivamente coadiuvare, con descrizioni analitiche e dirette valutazioni al domicilio dell’utente, l’Autorizzatore nel formulare il proprio parere di congruità ed appropriatezza.

Poiché il D.M. 332/’99, all’art. 1 comma 6, prevede, inoltre, la concedibilità di particolari presidi extra-tariffario in favore di soggetti definiti “gravissimi” e dato che la normativa attuale non offre criteri chiari ed oggettivi per identificare tale condizione, può risultare utile in questi casi affiancare all’Autorizzatore le figure del Fisiatra e del Medico Legale.

7.3. Fornitura

Poiché essa è svincolata dalla gestione aziendale, non presenta particolari problemi se non di sorveglianza sui tempi e sulle modalità di consegna degli ausili da parte delle Ditte fornitrici. Inoltre, poiché i presidi sono

concessi ai cittadini in “comodato d’uso” e le AA.SS.LL. rappresentano i soggetti pagatori, appare poi fortemente raccomandabile la predisposizione di idonei controlli a distanza per accertare il reale utilizzo di quanto dato e la qualità tecnica degli ausili forniti.

7.4. Collaudo

Questo rappresenta forse il punto al tempo stesso più delicato e debole del processo erogativo poiché troppo spesso la sua importanza viene sottovalutata dai medici e dai cittadini, sebbene esso rappresenti un obbligo normativo per il Prescrittore. Una ragione di inosservanza è sicuramente dettata anche da un’oggettiva lontananza dei medici intra- ed extraziendali dai luoghi di residenza degli utenti, specie nei casi in cui si tratti di ingombranti dispositivi di uso domiciliare (materassi antidecubito, sollevatori, montascale, ecc.).

Contrariamente, il collaudo è un passaggio dal valore importante ed ineludibile, indispensabile sia per il paziente e per il medico, che vedono accertate la congruità e l’efficacia clinica del dispositivo ottenuto, sia per l’ASL, in quanto, contestualmente a quanto sopra, è assicurato il controllo sulla piena rispondenza del Presidio fornito ai termini dell’autorizzazione.

Da ciò, si spiega la necessità di attuare i sopra esposti punti 1, 2 e 3 della Prescrizione per favorire il collaudo domiciliare di alcuni particolari tipi di dispositivi nonché il rispetto dei tempi previsti.

7.5. Centro Ausili di Riferimento

Quale struttura tecnica di coordinamento del settore e di riferimento per tutte le attività operative clinico-amministrative di concessione di protesi, ortesi ed ausili effettuate dagli Uffici di Assistenza Protesica, appare opportuna l’istituzione di un Centro Ausili di Riferimento con valenza aziendale, provinciale o regionale (secondo le esigenze locali). Aspetti salienti caratterizzanti il mandato di tale Centro sono:

- 1) organizzare e raccogliere in un data base tutti gli elementi relativi alle Disabilità della popolazione di competenza per l’analisi dinamica dei reali bisogni assistenziali;
- 2) qualificare stabilmente il lavoro degli specialisti prescrittori e degli autorizzatori tramite l’incentivazione dell’aggiornamento continuo;
- 3) misurare la qualità dei processi mediante la verifica a campione dell’applicazione delle Linee Guida e dell’accuratezza diagnostico-prescrittiva;
- 4) avere funzioni di raccordo fra la/le AA.SS.LL. ed il competente Assessorato Regionale;
- 5) supervisionare le gestioni distrettuali del riutilizzo degli ausili;
- 6) predisporre protocolli valutativi ed interventi per l’omogeneizzazione e l’elevazione degli standard di trattamento tenendo conto delle Linee-Guida nazionali ed internazionali delle varie patologie di ambito riabilitativo basati sulla "medicina dell’evidenza";
- 7) fornire ai Prescrittori scale di valutazione e protocolli validati dalla letteratura e dall’uso comune indispensabili poi anche per l’Autorizzazione;
- 8) curare gli aspetti strutturali, tecnici, organizzativi e gestionali riguardanti: l’assistenza protesica, la formazione ed aggiornamento degli operatori, la didattica, l’educazione e l’informazione sanitaria nel territorio;
- 9) offrire agli Uffici di Assistenza Protesica ed ai Prescrittori di riferimento, ove la complessità della disabilità trattata lo richieda, consulenze di 2° livello in merito alla soluzione di eventuali problematiche, a vario titolo insorgenti, in materia di individuazione di dispositivi tecnici ed informatici per la Riabilitazione, di prescrizioni e/o autorizzazioni;
- 10) dare risposte tecniche e suggerimenti progettuali alle richieste di adattamenti strutturali per gli ambienti abitativi, di studio o lavoro da parte di sanitari, operatori della Riabilitazione o caregivers;
- 11) istituire un’Ausilioteca Virtuale per proporre a Prescrittori, pazienti o familiari, il prodotto tecnologico più aggiornato ed adatto per i bisogni specifici dell’assistito.

In secondo luogo, l’istituzione del Centro Ausili passa necessariamente attraverso il reperimento delle risorse occorrenti e la verifica della fattibilità del progetto.

Per la realizzazione pratica della costituzione del Centro Ausili appare necessario prevedere:

7.5.1 Collocazione nel territorio

Ideale collocazione del Centro Ausili appare essere il Presidio Ambulatoriale di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale di Priverno, nell'area del Distretto 3 Monti Lepini. L'individuazione di tale sede scaturisce da almeno 3 considerazioni:

- questa sede è in una zona geograficamente strategica del territorio della provincia pontina: in caso di spostamento degli operatori, per eventuali riunioni o sopralluoghi per consulenze in loco, Priverno risulta essere pressoché equidistante dagli estremi della provincia;
- già da tempo, poi, a Priverno, sede della S.S. Disabilità e Riabilitazione, è in attuazione il Progetto "NOIDAVOI" (Bozzolini, Cassibba, 2006); esso prevede, fra l'altro, l'opera di un Nucleo Informazione e Consulenza Ausili (N.I.C.A.) 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 degli ausili" (Andrich 1996, pag.5) la cui attività, spaziando dall'informazione sulle facilitazioni fiscali per l'Handicap allo sport e turismo per disabili, dalle consulenze sull'adozione di ausili informatici all'abbattimento delle barriere architettoniche fino agli adattamenti ambientali ed alla domotica, ha ormai dimostrato incoraggianti risultati;
- l'esperienza, le cognizioni tecniche e l'affiatamento raggiunti negli anni dai componenti del Team nel campo dell'Assistenza Protesica possono rappresentare una valida risorsa a disposizione dell'Azienda da riversare nell'attuazione di questa proposta di riassetto.

7.5.2 Individuazione di spazi idonei

Per la natura del suo mandato, un Centro Ausili deve essere allestito in una struttura accessibile ed accogliente, facilmente raggiungibile dagli utenti e che possa offrire tutti gli strumenti utili allo scopo.

Per tali presupposti si è quindi scelto di istituire il Centro Ausili presso la sede del Presidio Ambulatoriale di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale dove la struttura ha i necessari requisiti avendo un ampio parcheggio e dove non esistono barriere architettoniche che possano limitare l'accessibilità.

Sono stati poi individuati i locali adatti allo scopo:

- una segreteria per l'accoglienza del pubblico e l'archivio;
- un locale adibito ai colloqui con gli utenti, con i loro familiari ed alle riunioni con gli operatori dell'équipe;
- un locale dedicato alle attività informatiche (comunicazione aumentativa, ausilioteca virtuale, ecc.);
- un'ampia sala per la mostra permanente di ausili ed adibita anche per la prova di presidi per la mobilità.

7.5.3 Personale che costituirà l'équipe

La modalità operativa di quest'organo si può realizzare solo valorizzando il lavoro di un Team interdisciplinare (Basaglia, 2002) che, attraverso l'integrazione delle competenze professionali, possa raggiungere efficacemente gli obiettivi del progetto. All'interno del Centro Ausili è prevista quindi l'azione del N.I.C.A. (Tabella 5) cioè un gruppo di operatori particolarmente addestrato in grado di dare un supporto personalizzato valido alle esigenze di soggetti disabili, ai loro familiari ed agli operatori nel territorio per affrontare le problematiche di autonomia e/o di miglioramento della qualità di vita.

COMPONENTI N.I.C.A.
FISIATRA RESPONSABILE
FISIOTERAPISTA
ASSISTENTE SOCIALE
ASSISTENTE SANITARIO
AMMINISTRATIVO
CONSULENTE INFORMATICO

Tabella 5: Composizione Nucleo Informazione Consulenza Ausili

7.5.4 Ausilioteca

Per sussistenti motivi di spazio, la modalità di allestimento dell'ausilioteca si è orientata su una limitata mostra permanente di ausili scelti fra quelli più nuovi, provenienti dal riciclaggio ed opportunamente sanificati mentre per particolari esigenze di prova, si è inteso di convocare, di volta in volta, le ditte fornitrici. Si completerà il Servizio con un'Ausilioteca Virtuale, il cui materiale è riportato nella tabella 6, per il reperimento e nel Portale SIVA di ausili e prodotti di vario genere nel Web.

POSTAZIONE INTERNET E COLLEGAMENTO AL DATABASE SIVA
MONITOR AGGIUNTIVO DA 19"
ABBONAMENTO A RIVISTE SPECIALIZZATE
ARCHIVIO CARTACEO (LIBRI – CATALOGHI – DEPLIANTS)
VIDEOTECA (CD-ROM – VIDEOCASSETTE – DVD)
ARCHIVIO DI DEMO - SOFTWARE DEDICATI ALLA DISABILITA'

Tabella 6: Materiale per l'Ausilioteca Virtuale

7.5.5 Formazione degli operatori

Nella mission del centro Ausili è prevista la formazione dei Medici prescrittori ed autorizzatori nonché quella degli operatori tecnici che ruotano intorno all'assistenza protesica. Vengono quindi immaginati corsi interni di formazione sulle maggiori problematiche inerenti l'uso di ortesi, protesi ed ausili e si preordineranno momenti di aggiornamento continuo anche al di fuori dell'ambito aziendale.

L'aggiornamento interno presuppone la progressiva circolazione delle conoscenze secondo gli steps illustrati nella seguente Tabella 7.

1°	Acquisizione e catalogazione del materiale formazione degli operatori del N.I.C.A.
2°	Divulgazione delle attività del N.I.C.A. e contatti con le realtà socio-sanitarie del territorio
3°	Operatività del Nucleo Informazione e Consulenza Ausili
4°	Addestramento di operatori negli altri distretti

Tabella 7: Steps attuativi della formazione interna degli operatori

8. Risultati previsti

Il principale risultato che si vuole ottenere è la creazione di un'opportunità per tutti coloro che necessitano di risposte complete ed efficaci da parte del Servizio Pubblico a dei bisogni legati alla disabilità. Coloro che afferiscono agli sportelli amministrativi dell'Assistenza Protesica – siano essi disabili in prima persona o i loro familiari – cercano un punto di riferimento ove 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 gli spostamenti dovuti alle prescrizioni incongrue o ad informazioni errate e che costringono ad un peregrinaggio tra officina-ambulatorio-ASL, garantendo così un'informazione corretta abbinata ad una reale presa in carico (con l'inclusione del sopralluogo 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 una vera assistenza e pertanto comprenda anche un lato clinico, divulgativo, formativo effettuato in un ambiente accogliente dove la persona si senta

“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 di questo progetto di riassetto dell’Assistenza Protesica garantisce alla Azienda USL Latina la possibilità di verificare sia la bontà del servizio esistente sia la bontà del prodotto erogato, supervisionando il servizio offerto dai fornitori.

Inoltre, il gruppo di competenze dell’équipe del Centro Ausili permette di stabilire delle linee di indirizzo condivise su temi ostici, come la “riconcucibilità funzionale” a garanzia di forniture corrette, a garanzia della verifica e della valutazione/sperimentazione dei dispositivi su misura dell’elenco I ancora esclusi dal D.M. 332/99 e per i quali attualmente sono usate riconducibilità più economiche che funzionali, per attivare paradossi in cui lo stesso prodotto finito trova codifiche differenti in fornitori differenti.

All’interno del Centro Ausili saranno sperimentati strumenti di gestione dei processi erogativi ed economici sull’analisi costi/benefici nel 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 in senso critico anche gli errori effettuati permettendo 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 sia offerto direttamente, o laddove appaltato, indirettamente.

9. Relazione tecnica

Gli aspetti operativi dell’organizzazione del Centro Ausili sono così riassunti:

1. Pubblicizzazione della costituzione del Centro presso le strutture dell’ASL Latina, i medici specialisti, i MMG, i Pediatri di libera scelta, i servizi sociali comunali, le associazioni per invalidi e patronati per segnalare:
 - caratteristiche e tipologia delle prestazioni erogate;
 - modalità di accesso;
 - giorni ed ore di apertura al pubblico;
 - personale a disposizione;
2. Caratteristiche e tipologia delle prestazioni erogate:
 - Colloquio preliminare;
 - Valutazione dei bisogni e delle capacità residue;
 - Individuazione delle possibili soluzioni;
 - Prova dei presidi individuati;
 - Relazione finale.
3. Modalità di accesso:
 - la consulenza avviene su prenotazione, anche telefonicamente, con impegnativa di visita fisiatrica e valutazione protesica;
 - la richiesta di consulenza può essere effettuata da parte dell’utente interessato, da un suo familiare o caregiver ovvero da un qualsiasi operatore sanitario, sociale o scolastico che lo abbia in carico;

- l'accesso comporta l'apertura di una scheda nonché la visione del fascicolo personale dell'utente, già depositata presso l'Ufficio Protesi distrettuale di appartenenza.

4. Orari di accoglienza al servizio:

- apertura bi/trisettimanale dalle ore 9.00 alle ore 14.00;
- per le valutazioni ambientali gli accessi avvengono in base alle esigenze emerse.

5. Personale operante:

- Fisiatra responsabile;
- Fisioterapista;
- Assistente sanitario;
- Assistente sociale;
- Geometra;
- Consulente informatico.

10. Scenari

M.C. è una donna di 37 anni affetta da lesione mielica D5-D6, in seguito ad incidente stradale avvenuto nel 2001.

M.C. è venuta a conoscenza del nostro Centro Ausili da una sua amica che, per problemi di osteoartrosi, frequenta il Presidio Ambulatoriale di Riabilitazione e Rieducazione Funzionale per la fisioterapia.

M.C. ci contatta telefonicamente e veniamo così a conoscenza della sua storia. Ricoverata presso un P.O. di Roma per 5 mesi veniva dimessa con la prescrizione di una carrozzina pieghevole in struttura leggera adatta sia per la casa sia per l'esterno e l'auto, braccioli ridotti e regolabili in altezza, pedane sdoppiate ed estraibili facilmente, pulsante di estrazione rapida e ruotine per stretti passaggi e letto elettrico. Effettua la fisioterapia domiciliare per tre volte la settimana con una fisioterapista privata.

La richiesta di M.C.: *“ho due figli piccoli, mio marito, dopo l'incidente ha chiesto il divorzio, devo vivere nell'abitazione dei miei genitori e la carrozzina che ho non credo che sia adatta alle mie esigenze, potete aiutarmi?”*. L'appuntamento è stato dato per il lunedì successivo alla telefonata.

L'abitazione, di proprietà dei genitori di M.C. è posta al piano terra ed è composta da: ingresso ampio, un corridoio largo 110 cm., cucina abitabile, camera da letto dei figli e camera da letto di M. I genitori si sono trasferiti al secondo piano.

I mobili, soprattutto i pensili della cucina, sono troppo alti e quindi M. ha grosse difficoltà a raggiungere gli oggetti di uso quotidiano.

Avendo quindi valutato le esigenze di M.C. sono state vagliate le possibili alternative e si è proposto l'utilizzo di una carrozzina elettrica verticalizzabile uso esterno “Balder Finesse”, riconducibile per omogeneità funzionale (tabella 8).

carrozzina elettrica	12.21.27.009
telaio verticalizzabile	12.24.03.157
schienale e poggiatesta a regolazione elettrica	12.24.03.160
unità posturale tronco-bacino	18.09.39.021
regolazione della lunghezza del sedile	18.09.39.133

Tabella 8: Carrozzina elettronica con aggiuntivi

Perché questa carrozzina? Durante il colloquio è emerso che M.C. amava i fiori e all'interno del suo piccolo giardino aveva molte ortensie, ma soprattutto un roseto che lei non poteva più curare.

La prova effettuata dopo circa otto giorni dal nostro accesso domiciliare ha permesso di osservare come la signora aveva appreso immediatamente l'utilizzo della nuova carrozzina e dopo aver girato per la casa,

andando in cucina ha potuto afferrare gli oggetti posti in alto e nel giardino osservare i “suoi” fiori... ha chiesto: “ fra quanti giorni posso ottenerla?”. Si è quindi proceduto alla prescrizione e dopo circa venti di giorni M.C. ha potuto avere la carrozzina che corrispondeva ai suoi bisogni.

Le conclusioni le ha date la stessa M.C. “ ora sono più autonoma, posso fare tutto in casa senza l’aiuto dei miei e posso fare la spesa per i miei bambini”.

11. Piano economico

Sede

La sede è ubicata nei locali del PARRF di Priverno ed è composta da:

- un’ampia sala di circa 70 mq, utilizzabile per le prove degli ausili ma anche per l’esposizione permanente;
- una segreteria per l’accoglienza del pubblico e l’archivio;
- un locale adibito ai colloqui con gli utenti, con i loro familiari ed alle riunioni con gli operatori dell’équipe;
- un locale dedicato alle attività informatiche (comunicazione aumentativa, ausilioteca virtuale, ecc.).

Strumenti indispensabili per avviare l’attività

Sono contemplati:

- gli arredi completi dei locali;
- telefono-fax;
- videoregistratore e video cassette, già in dotazione nel PARRF;
- n. 5 computers;
- computer portatile;
- collegamento in rete con i 5 Uffici Protesi distrettuali;
- software per la comunicazione aumentativa.

L’adeguamento dei locali individuati per la realizzazione del progetto risulta essere a costo pressoché nullo poiché gli interni dell’edificio sono stati ristrutturati di recente. Prevedono invece costi stimanti in circa € 9.000:

- l’accessibilità del bagno;
- la computerizzazione e la connessione in rete con i 5 sportelli distrettuali dell’Assistenza Protetica;
- gli arredi necessari all’équipe del nucleo di valutazione.

12. Strumenti di lavoro.

Per la messa in pratica del progetto del Centro Ausili, tuttora in itinere, i protocolli operativi sono in via di discussione e definizione con la Direzione Aziendale.

Gli strumenti di lavoro sono soprattutto la “cartella informatizzata” che viene redatta nel momento della presa in carico dell’utente e che deve contenere oltre i dati personali, l’anamnesi, l’attività lavorativa, gli hobbies ed eventuali prescrizioni effettuate in precedenza. E’ importante anche creare una modulistica con schede e questionari da sottoporre all’utente e da stilare con il gruppo di lavoro.

Inoltre, quali indispensabili strumenti di lavoro, sono previsti:

- Accesso ad Internet ed alle banche dati SIVA, Handylex, dépliants, cataloghi cartacei, schede tecniche di ausili;
- Compilazione di idonea modulistica (in via di allestimento);

- Prova dell'ausilio richiesto nel centro ausili e/o a domicilio;
- Planning di riunioni di equipe scadenzate (almeno una volta al mese) con tutto il personale operante nel NICA, per la verifica dei risultati ottenuti ed eventuali criticità in itinere.

Un ultimo intervento, che appare di fondamentale importanza attuare, è esplicitare e concordare la valenza del progetto in modo allargato per avere garantite le risorse professionali e materiali necessarie all'ottenimento degli obiettivi prefissati.

In fine, è la condivisione del progetto con tutto il personale coinvolto e la comunicazione del Centro ai Direttori dei PP.OO, ai direttori dei 5 Distretti, ai Responsabili della redazione del portale della ASL Latina, ipotizzando dei links con i portali più noti sulla disabilità per ottenere la massima diffusione alle numerose associazioni di persone con disabilità.

14. Bibliografia

- Andrich R (1996): *Consigliare gli ausili – Organizzazione e metodologia di lavoro dei Centri di Informazione Ausili*. Milano: Fondazione Don Gnocchi
- Basaglia N. (2002): *Progettare la Riabilitazione* Milano: Edi.Ermes
- Bozzolini G, Cassibba S (2006): *Il Progetto NOIDAVOI: una proposta per uno strumento di lavoro a favore dell'autonomia della Persona disabile*. Firenze: Atti del 34° Congresso Nazionale S.I.M.F.E.R.
- D.G.R. Lazio (2004): n. 319 del 23 aprile *Istituzione presso le ASL di un servizio sperimentale di riutilizzo dei dispositivi medici di cui all'elenco 2 e 3 del DMS n. 332/99*
- D.M. Sanità (1994): n. 741 del 14 settembre *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del fisioterapista*
- D.M. Sanità (1997): n. 136 del 17 gennaio *Regolamento concernente l'individuazione della figura e del relativo profilo professionale del terapeuta occupazionale*
- D.M. Sanità (1999): n. 332 del 27 agosto *Nomenclatore Tariffario delle protesi, ortesi ed ausili*
- Ministero della Sanità (1998): del 7 maggio *Linee-Guida per le attività di Riabilitazione*
- Sackett DL et al. (1996): *Evidence-Based Medicine: What it is and what it isn't*. BMJ