



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

Progetto di dotazione ausili della nuova Struttura Residenziale per anziani della Repubblica di San Marino

CANDIDATO: Eleonora Marchi
Tipo di elaborato: Intervento sul territorio

Abstract. *Il progetto prevede una proposta di dotazione ausili della Struttura Residenziale per Anziani della Repubblica di San Marino, attualmente in fase di costruzione. La struttura è costituita da una parte adibita a Casa di Riposo e un'altra parte adibita a Centro Diurno. La Casa di Riposo necessita di ausili necessari ad un reparto di degenza, mentre il Centro Diurno potrebbe essere strutturato in modo da ricreare locali ad uso cucina, sala da pranzo, sale per attività ricreative. Annessa alla Struttura è presente anche una Palestra che, oltre a palestra riabilitativa ad uso degli ospiti, potrebbe essere condivisa, se opportunamente attrezzata, con l'Associazione Pensionati, realtà del territorio e che da anni organizza attività motoria per anziani. Il progetto prevede anche l'ipotesi di realizzare una Ausilioteca che potrebbe essere dedicata, dapprima agli stessi ospiti della struttura, e in secondo tempo, quando già collaudata, aperta anche a richieste di valutazione per esterni. L'obiettivo è quello, da un lato, di individuare strumenti rivolti alle esigenze della persona anziana, che rispecchino le caratteristiche di efficacia ed efficienza nel contribuire al mantenimento, sostegno o recupero delle abilità residue dell'anziano favorendo una maggior integrazione; dall'altro, cercare di razionalizzare la spesa secondo criteri di economicità delle risorse collettive disponibili.*

**Direttore del Corso
Responsabile Tecnico Scientifico**

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

1. Sintesi del progetto

Scopo del progetto

Scopo del lavoro è quello di progettare la fornitura di ausili di una Struttura Residenziale ad alta intensità assistenziale con associato un Centro Diurno, struttura attualmente in fase di costruzione.

Contesto

Il contesto geografico è la Repubblica di San Marino, territorio nel quale esiste e vige una legislazione a sé stante, e per alcuni versi differente da quella italiana, riguardo l'erogazione della assistenza sanitaria e socio-sanitaria, di ausili e tecnologie per disabili. Lo stesso dicasi per quanto riguarda la regolamentazione della costruzione degli immobili e di conseguenza l'accessibilità di locali ad uso privato e pubblico.

Conta una popolazione di circa 30.792 (al 31-12-2007) cittadini residenti con altrettanti cittadini residenti all'estero. Attualmente i residenti sotto i 65 anni di età sono circa 5.177.

Nel dopoguerra si è avuto un notevole movimento migratorio verso l'estero per ragioni di lavoro e questo ha portato alla nascita di diverse comunità in diverse parti del mondo che stanno pian piano rimpatriando.

Attualmente sul territorio esiste una sola Casa di Riposo annessa all'Ospedale di Stato, unica struttura di ricovero esistente. Dalla sua istituzione (1984) il numero di anziani è nettamente aumentato, così come è aumentata l'aspettativa di vita, tanto da rendere non più sufficiente l'offerta rispetto alla richiesta. Sono state quindi deliberate convenzioni per posti letto in Case di Riposo e Lungodegenze fuori territorio. Il numero di utenti anziani ricoverati presso strutture pubbliche e private ammonta a circa 102, ai quali si aggiungono circa 28 persone in lista di attesa.

Esiste inoltre, sempre sul territorio un Servizio Domiciliare Territoriale alle cui prestazioni accedono circa 784 utenti, di cui 665 oltre i 75 anni di età.

Situazione iniziale

Gli anziani, così come le persone affette da disabilità residenti nello Stato di San Marino, attualmente ricevono la fornitura di ausili o tecnologie in diversa forma. La prescrivibilità riguarda solo gli ausili e tecnologie previste dal nomenclatore italiano che in genere viene approvato, dal Comitato Esecutivo dell'Istituto di Sicurezza Sociale (equivalente del Servizio Sanitario Nazionale Italiano), con delibera apposita ogni qualvolta subisca modifiche.

La prescrizione viene eseguita in modo disordinato, senza un percorso logico e codificato, da diverse figure mediche il più delle volte non preparate.

Situazione che si intende conseguire

La realizzazione della Struttura Residenziale ha lo scopo di contenere tutti gli utenti presso la Casa di Riposo della Repubblica, quelli in attesa di ricovero, e quelli fuori territorio. Altro obiettivo è quello di fornire agli anziani ancora residenti presso la propria abitazione o in famiglia, la possibilità, durante la giornata, di stare in compagnia, ricevere assistenza in alcune ADL e fare attività per il mantenimento delle proprie autonomie e portare avanti interessi e hobby.

L'idea è quindi quella di progettare la fornitura di ausili della nuova Struttura Residenziale nella quale sono inizialmente previsti circa 50 posti letto (25 pl per la residenza stabile di anziani non autosufficienti e 25 pl per ricoveri temporanei di sollievo alle famiglie e ricoveri post-acute) con annesso Centro Diurno assistenziale di circa 20 posti. Poiché questa possibilità di ricezione non è sufficiente e a contenere tutti gli utenti, è già stato previsto, ed ancora in fase di progettazione, un ampliamento, da realizzare nel tempo per aumentare la capienza della Struttura.

La fornitura di ausili può prevedere l'attrezzatura di camere da letto, bagni, palestra riabilitativa e spazi comuni per la socializzazione.

Nel progetto c'è anche l'idea di far nascere una ausilioteca per l'addestramento e la prova degli ausili che possa diventare nel tempo patrimonio della struttura ed eventualmente aprire all'esterno le prestazioni.

Interventi previsti

Gli interventi previsti per realizzare il progetto prevedono:

- un colloquio con il capo Architetto e il Coordinatore della Fondazione Casale "La Fiorina" per capire bene il progetto della struttura;
- verifica della legislazione vigente sul territorio della Repubblica in termini di accessibilità e dotazione ausili
- valutare il fabbisogno di ricovero assistenziale e di accesso al centro diurno degli anziani aventi diritto
- formazione di un team multiprofessionale competente nel campo degli ausili
- istituire convenzioni di collaborazione con Ditte fornitrici per l'acquisto e con Tecnici Ortopedici per una pronta ed efficace assistenza e consulenza.
- ricerca di ausili più interessanti disponibili sul mercato
- scelta degli ausili in funzione degli spazi disponibili
- acquisizione di preventivi per l'acquisto di materiale selezionato
- formulazione di un piano di spesa annuale
- formazione del personale addetto all'assistenza

2. Premesse teoriche

La scelta di realizzare questo elaborato è scaturita dalla richiesta del Coordinatore della Fondazione Casale "La Fiorina", Dott. Floriano Andreini, di contribuire alla realizzazione del progetto, per quanto di mia competenza, essendo Medico Fisiatra.

Questa opportunità mi è stata proposta in contemporanea all'approfondimento delle mie conoscenze, riguardo alle tecnologie per l'autonomia delle persone disabili, che ho avuto modo di fare con la frequenza al Corso di Perfezionamento Universitario di cui il presente elaborato costituisce la tesi finale.

Il risultato è che una motivazione è stata di stimolo all'altra e viceversa.

Il nuovo Centro Residenziale per Anziani, progettato nella Repubblica di San Marino, attraverso una collaborazione tra Stato e organismi no-profit, costituisce un ambizioso progetto di "edilizia sociale" dedicato agli anziani.

Più in dettaglio, l'idea di realizzare una Struttura Residenziale costituita da Casa di Riposo e Centro Diurno per Anziani, nasce molti anni fa grazie alla **SUMS** (Società Unione Mutuo Soccorso) di San Marino, che bandisce nel 2001 un concorso di progettazione per valutare la fattibilità dell'intervento.

Il concorso di progettazione viene aggiudicato il 16-10-2001, con l'assegnazione di tre primi posti ex aequo ai progetti presentati, rispettivamente dall'Architetto Alessandro Galassi, dall'Architetto Sergio Casadei e dall'Ingegnere Pietro Paolo Albertini. Di seguito, nel Marzo del 2005, il CdA della **Fondazione Casale "La Fiorina"** delibera di conferire l'incarico per la progettazione all'Architetto Galassi, con l'impegno che lo stesso "*coinvolga e collabori in modo deontologicamente corretto con gli altri professionisti*", realizzando quindi un "*raggruppamento temporaneo di professionisti*".

Il Centro Residenziale e il Centro Diurno

L'accessibilità principale avviene attraverso la strada principale dove è stata prevista anche l'area di parcheggio ad uso esclusivo dell'edificio; da cui si arriva naturalmente all'ingresso della Struttura Residenziale, mentre una rampa consente l'accesso ai locali di servizio e alla sala polivalente, situati ad una quota inferiore. In previsione di un futuro ampliamento si potrà considerare anche un secondo accesso, sia veicolare che carrabile, da strade limitrofe.

Per quanto riguarda l'organizzazione funzionale, l'edificio è composto da due blocchi, separati da un elemento cerniera che comprende l'ingresso principale e i percorsi verticali di distribuzione (scale e ascensori). Con l'ampliamento le zone di distribuzione diverrebbero due, alternate a tre blocchi. L'edificio si sviluppa su tre livelli: il piano interrato ospiterà la sala polivalente e i servizi, il piano terra la Palestra Riabilitativa e Centro Diurno, mentre il primo piano prevede la realizzazione dei nuclei residenziali. Questa impostazione è facilmente leggibile anche a livello volumetrico, avendo le singole parti caratteristiche differenti, anche dal punto di vista del trattamento delle aperture e dei materiali; il piano interrato emerge solo nell'angolo est, con un portico dal quale si accede al corpo di distribuzione, alla sala polivalente ed al blocco dei servizi, mentre gli altri lati sono interrati ed arieggiati e illuminati con bocche di lupo.

Il piano terra presenta una alternanza di pareti piene con fasce vetrate a ridosso della linea di soffitto (che "staccano" e rendono leggero tutto il primo piano).

Il primo piano infine è caratterizzato dall'utilizzo di una facciata ventilata con rivestimento in lastre di cotto rettificato, ritmata da una serie di aperture alte e strette corrispondenti alle camere.

Il **Centro Residenziale per Anziani** è una struttura residenziale ad alta intensità assistenziale in grado di garantire una adeguata flessibilità, suddivisa in due nuclei:

- un nucleo con 25 posti letto per la residenza stabile di anziani non autosufficienti
- un nucleo di 25 posti letto per ricoveri temporanei di sollievo alle famiglie e ricoveri post-acute, prevedendo una suddivisione in due zone in base alle differenti esigenze degli anziani (AA.VV., 2006).

- La suddivisione in nuclei è stata suggerita dalle disposizioni di legge che prevedono una *“organizzazione degli spazi e delle prestazioni per nuclei di ospiti di circa 20-30 persone ciascuno”*. www.conigliograndeegenerale.sm

Questa struttura si rivolge ad una utenza, sicuramente con bisogni di assistenza maggiori. Nonostante questo si è cercato di non farla troppo simile ad un ospedale. Essa riprende alcune delle caratteristiche del Centro Diurno: il percorso principale da cui si articolano i diversi spazi di utilizzo, la frammentazione dei corpi edilizi, le aperture virtuali verso il parco circostante.

Il Centro Residenziale è provvisto di una serie di servizi che la rendono autonoma dal vicino Centro Diurno, mentre per le altre formazioni, quali ad esempio la Palestra Riabilitativa e la Sala Polivalente, si è ritenuto utile non sdoppiarle, ma condividerle.

Caratteristica principale dei nuclei è stata sicuramente la scelta di allargare lo spazio centrale di distribuzione delle camere, che si trasforma così da semplice “corridoio” di passaggio, in uno spazio significativo che con piccole partizioni basse e arredi di base (tavoli, sedie e mobili contenitori) diventa un grande soggiorno dove svolgere diverse attività. I nuclei sono altresì dotati di piccole sale da pranzo, che risolvono così i problemi di movimentazione degli ospiti alle ore dei pasti. Questo accorgimento è sembrato importante anche dal punto di vista gestionale, per ottimizzare il lavoro del personale addetto.

Ogni nucleo è dotato di:

- accesso diretto dall'esterno
- camere doppie con superficie di 22 mq (escluso il bagno)
- camere singole (in misura del 20% della capacità ricettiva) con superficie di 15 mq,
- locale per bagno assistito
- locali e servizi igienici per il personale
- locali di deposito aree di soggiorno
- sala pranzo

I colori e le finiture sono state studiate con l'intento di garantire e creare uno spazio domestico agli ospiti del centro.

La pavimentazione è stata progettata in materiale vinilico (linoleum) per ragioni di igienicità, praticità e diminuzione dei rumori di calpestio.

Per i soffitti sono previsti controsoffittature in materiale fonoassorbente per diminuire il livello sonoro dell'ambiente e quindi anche il disturbo.

Il Centro Diurno che occupa, al piano terra, un'area complessiva di 710 mq, è una struttura che ospita fino a 25 persone ed è aperta durante il giorno per almeno 5 giorni alla settimana. Lo scopo è quello di soddisfare i bisogni della persona anziana di assistenza e controllo, quello di socializzare, mantenere le risorse residue, trovare punti di riferimento e di affettività e un luogo ricreativo.

Per questo l'ambiente vuole essere vivo e stimolante, ma anche domestico e familiare, le attività sono liberamente proposte ed offerte, senza obbligo di partecipazione.

Elemento determinante è la disposizione complessiva delle attività, dal punto di vista della disposizione fisica e da quello dell'utilizzo temporale degli spazi disponibili. Tale disposizione è ordinata e facile da ricordare, senza essere banale; essa scandisce lo scorrere del tempo e garantisce lo svolgimento quieto e sereno delle attività del centro. Si è voluto configurare la struttura come un semplice percorso, lungo il quale si incontrano le diverse attività. Lo spazio del Centro Diurno è caratterizzato dalle diversità di trattamento dei due affacci; verso nord esso appare più chiuso, come a proteggere gli ospiti: in questo lato sono localizzate alcune attività che non necessitano di grandi aperture, quali gli spogliatoi. A sud invece esso si apre completamente verso l'esterno, verso il parco, per far entrare la luce del sole, con un portico che attenua i rischi di un eccessivo soleggiamento. Il grande volume dello spazio diurno è stato pensato per essere utilizzato in vari modi: come sala soggiorno nelle prime ore della giornata, come sala a pranzo, e anche come sala per attività nel pomeriggio, o come sala per le feste o sala per particolari occasioni. Esso infatti viene attrezzato con semplici pareti divisorie spostabili, atte a creare angoli di privacy e all'occorrenza liberare completamente lo spazio. Completano il Centro Diurno una sala TV, che all'occorrenza può funzionare come sala per il riposo pomeridiano, un angolo cucina con alcuni tavoli ed un ambiente

utilizzabile per l'igiene e cura personale (bagno assistito, parrucchiere o barbiere, pedicure) su richiesta di aiuto della famiglia o dell'ospite.

In generale la conformazione degli spazi è stata pensata in modo da assicurare i massimi livelli di sicurezza e incolumità degli utenti, evitando gradini, sia all'interno del centro che nei collegamenti interno-esterno, ed altri ingombri che possano risultare di intralcio alla circolazione delle persone.

Questo è stato possibile anche grazie alla scelta strutturale fatta, di avere campate con ampia luce libera di 7,50 ml. Un aspetto particolare è l'uso dei colori che ha lo scopo di generare negli ospiti sensazioni di benessere e comfort, cercando di limitare al massimo le soluzioni impersonali e "ospedaliere".

Allo stesso livello del Centro Diurno, è stata prevista una Palestra Riabilitativa, servizi e spogliatoi.

La **Palestra Riabilitativa** è stata studiata per essere proporzionata per il Centro Diurno e il Centro Residenziale, ma presenta anche la possibilità di un ingresso indipendente e quindi, di un suo utilizzo al di fuori degli orari del centro diurno da parte di ospiti esterni.

La **Zona dei Servizi** del Centro Diurno e del Centro Residenziale, è localizzata al piano interrato ed è direttamente accessibile dall'ingresso principale. Sovradimensionata per ora alle esigenze della Struttura, è stata pensata in prospettiva per far fronte alle richieste di un possibile ampliamento. Occupa il blocco centrale ed è in relazione con gli altri livelli attraverso le due aree di distribuzione con scale e ascensori. I servizi che contiene sono:

- cucina (zona preparazione e cottura cibi, zona di dispensa, 2 celle frigorifere, ambiente per i rifiuti, area stoccaggio carrelli puliti, area lavaggio carrelli sporchi, deposito),
- lavanderia (deposito biancheria sporca, deposito biancheria pulita, area lavaggio, area stireria, depositi),
- spogliatoi (divisi per sesso e dotati di servizi igienici e docce),
- cappella (con bagno annesso) di circa 10.000 mq.,
- camera mortuaria (con bagno e sala annessa),
- sala polivalente di circa 350 mq, che potrà essere utilizzata sia dagli ospiti del centro come sala proiezione o sala conferenza, ma anche dall'esterno, avendo una accessibilità indipendente; essa è dotata anche di servizi igienici idonei e di una saletta per eventuali proiezioni (AA.VV., 2006).

Il progetto di dotare la Struttura Residenziale e il Centro Diurno di ausili e tecnologie è un progetto molto stimolante ma molto ambizioso, per la complessità e per la realtà in cui si andrà a collocare.

Questo anche perché non ci si può basare su un modello già organizzato e strutturato di procedure, ma si deve creare dal nulla, tenendo conto del diverso *modus operandi e vivendi* della società a cui è destinato.

Per contro, essendo le sovvenzioni non prettamente statali, sarà forse possibile realizzare più facilmente il progetto, anche in virtù dell'impatto sociale che la Struttura Residenziale viene ad avere.

Negli ultimi anni si è visto un netto incremento della vita media e San Marino risulta per questo ai primi posti a livello mondiale. E' stata quindi posta sempre maggior attenzione al concetto di recupero ed efficienza della persona anziana, così come per il disabile.

Lo standard internazionale ISO 9999, aggiornato al 2007 e in linea con l'ICF (OMS 2001) che, modificando il concetto di disabilità, da attributo della persona a situazione di disabilità in cui la persona si trova, definisce l'ausilio come: "*qualsiasi prodotto (inclusi dispositivi, apparecchiature, strumenti, sistemi tecnologici, software), di produzione specializzata o di comune commercio , atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo, alleviare o eliminare menomazioni, limitazioni nelle attività, o ostacoli alla partecipazione*". (World Health Organisation, 2001)

Seguendo questa definizione, gli ausili che si andranno a considerare nel progetto non saranno solo strumenti di riabilitazione della persona, per il recupero della funzione, ma anche strumenti di sostituzione o sostegno di una funzione, o strumenti che permettono di migliorare la performance in

determinate attività, cioè che permettono di funzionare nonostante la menomazione, o strumenti in grado di modificare l'ambiente riducendone le barriere architettoniche.

In situazione complesse, quando, per rispondere a determinate limitazioni funzionali, non è sufficiente un singolo strumento tecnologico, si considererà la possibilità di soluzioni assistive costituite da una serie di strumenti comprendenti sia tecnologie di uso generale che tecnologie assistite, dirette a risolvere nello specifico le limitazioni funzionali; l'assemblaggio delle varie tecnologie può variare da caso a caso, a seconda delle caratteristiche individuali della persona, delle attività che svolge, e del contesto ambientale e personale in cui vive.

Nello sviluppare questo progetto è stato preso, più che un preciso modello teorico, diversi spunti e suggerimenti dal testo di R. Andrich (2008) e dal volume del Consorzio EUSTAT (1999).

Di essi si è seguito il concetto di come l'educazione all'ausilio debba essere basata su un modello dello sviluppo umano che tenga conto dei problemi che le persone disabili ed anziani incontrano nell'adattarsi all'ambiente, un ambiente che diventa ostile allorché si stabilisca un divario tra le capacità funzionali dell'individuo e le richieste dell'ambiente considerato nell'aspetto sia fisico che sociale. Questo divario può essere colmato o limitando le richieste dell'ambiente, e/o migliorando le abilità funzionali dell'utente. In entrambi i casi gli ausili giocano un ruolo importante e alle volte determinante (Eustat 1999).

La complessità del progetto dipende dal fatto di dover tenere conto delle componenti tecnologiche, sempre più in evoluzione e suddivise in aree sempre più specialistiche (dalla manipolazione, alla comunicazione, mobilizzazione), delle componenti umane, che comprendono il bilancio clinico-funzionale dell'utente, l'analisi dei bisogni, la gestione e accettazione della perdita di autonomia e della necessità dell'ausilio, la formulazione di obiettivi, la selezione degli ausili, e, non da ultimo come importanza, il risvolto socio economico.

Si può quindi dire che la fornitura di un ausilio è un processo vero e proprio, e, di tale processo, rifacendoci alla Modello HEART si possono definire le diverse tappe:

- iniziativa, il primo contatto tra l'utente e il sistema,
- assessment, la valutazione dei bisogni del paziente
- individuazione della tipologia di soluzioni che meglio rispondono al bisogno,
- selezione degli specifici ausili individuati e dei servizi ad essi collegati,
- autorizzazione da parte dell'ente erogatore,
- fornitura dell'ausilio (consegna, installazione, personalizzazione e addestramento all'uso),
- follow up successivo. (Andrich R. 2008).

Nel progetto di fornitura ausili del Centro Residenziale di San Marino si è cercato di seguire quelli che sono gli indicatori di qualità di un sistema di assistenza protesica dettati dalle linee guida scaturite dallo studio europeo del 1994 (TIDE/HEART), e rappresentate da:

- **Accessibilità:** possibilità di accesso del paziente/parente al Servizio senza che si interpongano impedimenti fisici, come le barriere architettoniche, organizzativi, cioè procedure burocratiche, o economiche.
- **Coordinazione:** disponibilità e capacità delle diverse figure professionali della struttura di scambiarsi informazioni e collaborare nella valutazione e scelta delle soluzioni, team multiprofessionale, e la possibilità di interscambio con operatori esterni alla struttura.
- **Competenza:** formazione e preparazione professionale specifica per ruolo.
- **Flessibilità:** capacità del team di operatori addetti di adattarsi alla variabilità estrema di mancanza di abilità degli utenti, cercando di dare risposte alle necessità emergenti dell'utenza, modificabili nel tempo.
- **Efficienza:** capacità di scegliere le soluzioni più adeguate per il singolo utente e il contenimento dei costi, sia collettivi che a carico dell'utente, nonché i suoi tempi di recupero e reinserimento sociale.
- **Influenza da parte dell'utente:** la capacità del sistema di rispettare le scelte dell'utente. (Commissione Europea DGXIII/TIDE 1994).

Si è quindi cercato di fare proposte realizzabili in termini di modalità, tempi e costi, tramite anche la creazione di un protocollo operativo che consenta l'ottimizzazione delle risorse, sia umane che strumentali, migliorando i livelli di autonomia del singolo utente.

3. Contesto

3.1 Contesto geografico e demografico

Il territorio della Repubblica di San Marino, esteso su una superficie di 61 kmq, ha una forma di quadrilatero irregolare in prevalenza collinare con al centro il Monte Titano (alto 750 metri s.l.m.). Localizzato nel centro-nord dell'Italia, è circondato per tutta l'estensione dei suoi confini da due regioni italiane e precisamente dell'Emilia Romagna a nord-est e dalle Marche e Montefeltro a sud-ovest.

Il territorio sammarinese si compone di nove antichi Castelli, compresa la capitale, San Marino. Questi piccoli centri sono sorti in conseguenza dei primi insediamenti urbani della popolazione. I Castelli sono collegati tra loro da una rete urbana.

Il sito individuato per la costruzione del Centro Residenziale e del Centro Diurno si trova all'interno del Castello di Domagnano, in località la "Fiorina", con un'estensione di circa 26.000 mq ed un andamento orografico digradante verso nord. Caratteristica principale è la grande panoramicità, sia a nord verso il Mare Adriatico, che a sud verso il Monte Titano.

All'interno dell'area è situato l'antico Casale "La Fiorina" dal quale prende il nome la Fondazione promotrice dell'iniziativa, che rappresenta un esempio di tipologia edilizia rurale, oltre che una testimonianza storica di grande valore. La scelta di base è stata posizionare la nuova struttura in prossimità dell'antico Casale esistente, al fine di integrarlo sia funzionalmente che visivamente nel nuovo progetto. Un'analisi dell'andamento orografico del terreno ha poi consentito di valutare la possibilità di far coincidere il piano terra della nuova struttura con l'ingresso principale del Casale. A livello territoriale l'area di intervento è posta in un luogo che consente di relazionarla sia da un punto di vista carrabile che pedonale con l'intorno. La posizione ne rende l'accessibilità molto agevole, ed inoltre essa è vicina al tracciato dell'ex ferrovia Rimini - San Marino, che in quel tratto ha subito una ristrutturazione che potrebbe consentire di utilizzarla come pista ciclo-pedonale per raggiungere la zona centrale di Domagnano in alternativa alla Superstrada, non praticabile a piedi per l'intensità del traffico (AA.VV., 2006).

3.2 Contesto storico-istituzionale

La Repubblica di San Marino, la più antica Repubblica e il terzo Stato più piccolo del mondo, ha una storia che risale al 301 d.C.. (vedi Allegato 2).

E' uno Stato sovrano la cui figura e funzione di Capo dello Stato è esercitata, in base al principio di collegialità, da due Capitani Reggenti che restano in carica sei mesi e vengono nominati, il 1° di Aprile e il 1° di Ottobre di ogni anno, dal Consiglio Grande e Generale; essi rappresentano lo Stato nella sua unità e sono i supremi garanti dell'ordinamento costituzionale.

L'organo legislativo è costituito dal Consiglio Grande e Generale, composto da 60 membri eletti per suffragio universale ogni cinque anni (o quando, per qualsiasi causa viene a perdere la metà più uno dei suoi membri). Il Consiglio Grande e Generale rappresenta l'assemblea parlamentare della Repubblica di San Marino, si riunisce almeno una volta al mese nel Palazzo Pubblico (l'antica casa del Comune situata nel centro storico di San Marino); ha funzioni di indirizzo politico, giurisdizionale e amministrative. Nomina tutti gli organismi istituzionali. E' convocato e presieduto dai Capitani Reggenti

Il Consiglio è coadiuvato dalle Commissioni Consiliari Permanenti, istituite con legge 21 marzo 1995 n. 42.

L'organismo esecutivo è il Congresso di Stato, il numero dei suoi componenti può essere determinato in sede di formazione di maggioranza, con presa d'atto del Consiglio Grande e Generale. I

membri del Congresso di Stato o Governo, sono i Segretari di Stato (corrispondenti dei Ministri dello Stato Italiano). (www.consigliograndeegeneraale.sm; www.sanmarinosalute.sm).

3.3 Legislazione riguardante l'accessibilità ed erogazione delle prestazioni sanitarie agli aventi diritto.

La Repubblica di San Marino, come ogni altra comunità, dalla sua fondazione è cresciuta ed è evoluta trasformandosi in uno stato autonomo. Ha quindi seguito un percorso di strutturazione legislativa con sue regole ed ordinamenti, alcuni dei quali possono essere vicini e paragonabili a quelle italiane, altre se ne differenziano, mentre altre non trovano corrispondenza.

Di seguito si riportano per completezza le principali normative al riguardo. (www.consigliograndeegeneraale.sm; www.sanmarinosalute.sm)

È del 4 Dicembre del 1945 (1645 d.F.R.) la prima forma di “Regolamento di Previdenza e Assistenza Sociale” approvato dal Consiglio Grande e Generale, con il quale viene *“...istituita una Commissione Governativa della Previdenza e Assistenza Sociale,che, in base al programma del Governo per assistere i cittadini in genere e i lavoratori in specie e le rispettive famiglie nel corso della vita e segnatamente nei frangenti più difficili, ha il compito di allestire un progetto per un Istituto di Previdenza e Assistenza e di dargli esecuzione con un ordinamento legislativo e con un impianto di regolare amministrazione”*.

All'art. 2 recita: *“L'Istituto di Previdenza dovrà assorbire tutti gli organismi e le forme di assistenza in atto, creare una cassa per indennità malattie e infortuni sul lavoro, per l'erogazione delle pensioni ai vecchi e invalidi e per altri eventuali aiuti e soccorsi assistenziali in base a contributi versati dal Governo, dai datori di lavoro e dagli stessi prestatori d'opera”*.

All'art. 3 dice che: *“In attesa della realizzazione di questo Istituto, la Congregazione di beneficenza continuerà ad esercitare le funzioni e a disimpegnare i compiti che le sono stati assegnati, mentre la Commissione di Previdenza sociale avrà per obiettivo l'assistenza ai lavoratori vecchi ed invalidi, conforme alla iniziativa assunta dalla Confederazione sammarinese del lavoro, la somministrazione di sussidi agli indigenti, l'assistenza invernale e le altre analoghe forme di soccorso”*.

All'art. 4 è prevista la forma di sovvenzione di tale sussistenza: *“Il fondo iniziale per il disimpegno dei servizi assistenziali correnti è costituito dalle assegnazioni governative annuali di bilancio e da altre destinazioni di carattere pubblico, dagli utili provenienti dalla gestione dei cinematografi che dalla Confederazione Sammarinese del lavoro viene trasferita alla Commissione della Previdenza sociale, dalle tasse sugli spettacoli pubblici previste dall'apposito regolamento, dalle erogazioni di enti e di privati”*.

Successivamente, la Legge n.21 del 3 maggio 1977 (1676 d.F.R.) istituisce il Servizio Socio-Sanitario nell'ambito dell'Istituto di Sicurezza Sociale la cui finalità istituzionale è quella di: *“...occuparsi dell'aspetto psicologico e sociale della persona nelle varie età della vita mediante un'attività profilattica, curativa e riabilitativa dal punto di vista sanitario; mediante il controllo di un buon inserimento nella scuola, nel lavoro e nel suo ambiente, dal punto di vista sociale...”* Questa finalità ha già una mentalità riabilitativa oltre che curativa della persona; la stessa legge prevede l'individuazione di diverse equipe, rivolte ora ai minori, ora agli handicappati, ora a persone con disturbi mentali, ed infine anche agli anziani per i quali viene previsto un Servizio Anziani.

“...L'equipe nel Servizio Anziani svolge le seguenti funzioni: procede allo studio diagnostico degli anziani segnalati dalle Strutture Sanitarie di Base e delibera l'intervento a livello domiciliare di ospedalizzazione diurna o notturna, di ricovero in Casa di Riposo; provvede all'assistenza sanitaria e sociale degli anziani sia a livello domiciliare che d'internato; gestisce la Casa di Riposo. Il Servizio Anziani si occupa degli anziani non più in grado di provvedere completamente a se stessi, è organizzato mediante 4 tipi di intervento che prevedono: a) assistenza domiciliare; b) assistenza ospedaliera diurna; c) assistenza notturna in pensionato; d) assistenza completa in pensionato...”

La Legge n. 43 del 24 marzo del 1983 (1682 d.F.R) prevede la *“Riforma Istituzionale dell'Istituto di Sicurezza Sociale”*, il quale viene definito come *“Ente Statale con gestione autonoma, è l'organo*

attraverso il quale lo Stato assicura l'erogazione di prestazioni sanitarie, di prestazioni socio-sanitarie, di prestazioni assistenziali, di prestazioni previdenziali nel quadro delle politiche emanate dal Consiglio Grande e Generale. Esso ha personalità di diritto pubblico e svolge la sua azione attraverso proprie strutture"

Con la Legge 30 novembre 2004 (1704 d.F.R.) si è provveduto ad un riordinamento dell'Istituto di Sicurezza Sociale (ISS) ovvero *"l'ente attraverso il quale lo Stato assicura l'erogazione delle prestazioni sanitarie, socio-sanitarie, assistenziali, previdenziali nel quadro delle politiche del Consiglio Grande e Generale e programmate sulla base del Piano Sanitario e Socio-Sanitario"*.

La prima legge riguardo la disabilità è la Legge n. 141 del 21 novembre 1990 (1690 d.F.R.) *"Legge quadro per la tutela dei diritti e l'integrazione sociale dei portatori di deficit"*, i cui principi sono: *".. La Repubblica in attuazione dei principi fondamentali sanciti dalla Legge 8 luglio 1974 n.59, dalle convenzioni e risoluzioni internazionali a cui aderisce, attiva ogni possibile mezzo e strumento legislativo, economico, scientifico e sociale per:*

- *garantire e tutelare la dignità umana ed i diritti di libertà e di autonomia dei portatori di deficit;*
- *prevenire e rimuovere le condizioni invalidanti che impediscono lo sviluppo della persona umana, il raggiungimento della massima possibile autonomia e la partecipazione dei portatori di deficit alla vita collettiva e all'esercizio dei suoi diritti fondamentali;*
- *promuovere e garantire i servizi e le prestazioni per la prevenzione, la cura e la riabilitazione delle minorazioni fisiche, psichiche e sensoriali; l'inserimento sociale, scolastico e lavorativo dei portatori di deficit."*

La stessa legge stabilisce che: *"I soggetti tutelati...sono i cittadini sammarinesi o residenti, che per nascita od in seguito ad evento morboso traumatico, comunque intervenuto, presentino una menomazione delle proprie condizioni fisiche, psichiche o sensoriali che li pongano in difficoltà di apprendimento, di relazione, di inserimento lavorativo."*

I principi dettati dalla presente normativa *"..vengono attuati con appositi provvedimenti legislativi e precisamente:*

- *una normativa per l'inserimento lavorativo degli invalidi e dei portatori di deficit;*
- *una normativa per la rimozione delle barriere architettoniche;*
- *una normativa per l'inserimento e l'integrazione sociale, il diritto all'educazione e all'istruzione;*
- *una normativa per la politica sanitaria di prevenzione, di riabilitazione e di cura del deficit"*.

La stessa legge riporta gli indirizzi per la normativa sulla rimozione delle barriere architettoniche: *"...La normativa per la rimozione delle barriere architettoniche detta norme e dispone interventi diretti ad assicurare la massima autonomia per lo svolgimento delle attività nell'ambiente costruito da parte di tutti i cittadini indipendentemente dalle loro caratteristiche anatomiche, fisiologiche e sensoriali nonché dalle variazioni temporanee delle stesse. Le norme e gli interventi dispongono vincoli per la progettazione ed esecuzione di nuove opere, con particolare riguardo a quelle pubbliche ed aperte al pubblico, e per i mezzi di trasporto pubblico. Prevedono inoltre interventi gradualmente di adeguamento delle strutture preesistenti per le quali sia previsto l'accesso del pubblico e, in sede di ristrutturazione o su richiesta di cittadini direttamente interessati, anche delle strutture private."*

La legge sammarinese che regola le normative riguardanti le caratteristiche strutturali degli edifici è rappresentata dalla Legge n.87 del 19 luglio 1995 (1694 d.F.R.): *"Testo Unico delle Leggi Urbanistiche ed Edilizie"*. Questa contiene oltre tutte le disposizioni in termini di edilizia urbanistica, anche le normative che riguardano la disabilità, in termini di accessibilità, adattabilità, visibilità e agevolazioni.

Al Capitolo IV, la Sezione V della presente legge si intitola: *"Barriere Architettoniche"*. Essa prende in esame i principi, le finalità e gli obiettivi, definisce le barriere architettoniche, il campo di applicazione e le norme tecniche e di attuazione.

L'art. 131 detta i principi che tale legge si propone: sono quelli, tenuto conto della Legge 21 novembre 1990 n. 141, *"...di assicurare il diritto alla piena mobilità e alla piena integrazione sociale ad ogni persona, anche rimuovendo tutti quegli ostacoli che, limitando la libertà e l'uguaglianza delle*

persone, ne impediscono il pieno sviluppo e la loro effettiva partecipazione alla vita sociale, culturale e politica del paese”.

L’art. 132 definisce le finalità e gli obiettivi: sono quelli di *“dettare norme e disporre interventi diretti ad assicurare la massima autonomia per lo svolgimento delle attività effettuate nell’ambiente costruito da parte di ogni persona, indipendentemente dalle caratteristiche anatomiche o fisiologiche che possono comportare difficoltà diverse per origine, grado e durata”.*

L’art. 133 definisce il concetto di Barriera Architettonica:

- *“ogni elemento costruito che limita la mobilità delle persone,*
- *ogni impedimento alla piena e sicura utilizzazione di impianti, attrezzature e servizi,*
- *l’assenza di opportune segnalazioni sui luoghi e sulle possibili fonti di pericolo”*

L’art. 134 definisce invece i campi di applicazione della presente legge: *“...secondo gradi diversi, tutti gli ambienti, strutture o impianti che prevedano il passaggio o la permanenza e, più in generale, l’utilizzo da parte di persone ed in particolare riguardano:*

- *le costruzioni ad uso pubblico, ivi compresi i locali adibiti ad attività di carattere commerciale;*
- *le costruzioni ed i locali adibiti ad uso residenziale;*
- *le costruzioni ed i locali destinati ad attività produttive di carattere industriale, agricolo, artigianale nonché ad attività del settore terziario;*
- *le aree e i percorsi urbani;*
- *le strutture, gli impianti ed i mezzi relativi al trasporto pubblico di persone”.*

Sono previste inoltre deroghe per strutture con particolare conformazione del terreno o strutture di valore storico o artistico.

L’art. 140 prevede 3 livelli di applicazione della presente legge:

- *“accessibilità – implica la possibilità, anche a persone con ridotte capacità motorie e sensoriali, di poter raggiungere l’edificio e le sue singole unità immobiliari e/o ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruire spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza ed autonomia;*
- *visitabilità – implica la possibilità anche a persone con ridotte capacità motorie e sensoriali, di accedere agli spazi di relazione e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare;*
- *adattabilità – implica la predisposizione attuale di un edificio tale da permettere l’accessibilità attraverso opere che non modificano né la struttura statica né la rete comune degli impianti tecnologici”.*

La stessa legge, di seguito, indica le strutture che devono rispettare le precedenti condizioni: sono strutture pubbliche e private, luoghi di lavoro, abitazioni familiari, edifici per attività scolastiche, sociali e culturali, per attività sanitarie e assistenziali, impianti sportivi, sale riunioni o spettacoli e circoli privati, sale per la ristorazione, edifici per attività ricettive, villaggi turistici e campeggi, edifici per il culto, luoghi di lavoro.

Sono previste agevolazioni per chi adotta volontariamente tali norme, pur non essendone tenuto, come ad esempio in edifici già esistenti, agevolazioni corrispondenti al 50% degli oneri di concessione.

L’art. 253 prevede che il Dicastero Territorio e Ambiente, avvalendosi della collaborazione degli Uffici del Territorio, abbia l’obbligo di predisporre un censimento delle opere, strutture e costruzioni di proprietà della Ecc.ma Camera, verificandone lo stato di fatto e gli interventi da realizzare per essere a norma. E’ stato quindi previsto un intervento pluriennale per la eliminazione delle Barriere Architettoniche con l’istituzione di un capitolo di spesa nel Bilancio della Azienda Autonoma di Stato e di Produzione.

L’art. 154 prevede inoltre *“Prestiti agevolati finalizzati alla eliminazione delle Barriere Architettoniche”, “...concessi dalla Commissione per la gestione dell’Edilizia Sovvenzionata ai proprietari, usufruttuari e locatari portatori di handicap, o aventi a carico portatori di handicap, per progetti funzionalmente correlati al tipo di deficit”.* Secondo questo articolo di legge, vengono concessi *“...prestiti agevolati, nella percentuale dell’80% della somma necessaria, assistiti dal contributo dello Stato, per la realizzazione di opere finalizzate all’abbattimento e alla eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici adibiti a civile abitazione...”.*

La Legge n. 24 del 12 febbraio 1998 (1697 d.F.R.) prevede gli *“Interventi in materia di strutture private socio-sanitarie e assistenziali residenziali e semiresidenziali per soggetti anziani e portatori di handicap”*. Essa ha come finalità quella di assicurare da parte della Repubblica di San Marino, una adeguata assistenza sanitaria e socio-assistenziale nei confronti di soggetti anziani e portatori di handicap, favorendo la prevenzione di eventuali forme di emarginazione nei loro confronti. A tal fine detta norme che autorizzano l’apertura e definisce i requisiti minimi per il funzionamento o la prosecuzione di attività di prestazioni di servizi organizzate e gestite da soggetti privati, persone fisiche o giuridiche, con o senza motivi di lucro e che hanno finalità di offrire servizi sanitari e socio-assistenziali a soggetti anziani o portatori di handicap che si trovano in condizioni di privazione, dipendenza e/o di difficoltà a maturare, recuperare o mantenere la propria autonomia.

Tale legge è stata successivamente ratificata dal Decreto n. 73 del 18 giugno 2008 (1707 d.F.R.): *“Regolamento in materia di autorizzazione all’apertura ed al funzionamento di strutture private socio-sanitarie ed assistenziali, residenziali e semiresidenziali per soggetti anziani e per soggetti portatori di handicap”*. Le strutture di cui si parla possono essere rappresentate da centri socio-riabilitativi diurni o residenziali, residenze protette, case di riposo, residenze assistenziali sanitarie. Tale normativa detta le caratteristiche strutturali, di accessibilità, di funzionalità, e quelle relative alla qualificazione e tipologia di personale.

Successivo a queste normative, è il Decreto n. 69 del 25 maggio 2004 (2003 d.F.R.): *“Discipline in materia di autorizzazione alla realizzazione, all’esercizio ed all’accreditamento istituzionale delle strutture sanitarie, e socio sanitarie pubbliche e private”* che cerca di porre le basi per garantire ai cittadini e agli utenti prestazioni efficaci e sicure, il miglioramento continuo della qualità dei presidi sanitari e socio-sanitari, nonché lo sviluppo sistematico e programmato dei servizi sanitari e socio-sanitari pubblici, allargando il raggio di azione anche nei confronti del settore socio-educativo. E’ attraverso questa normativa che la Repubblica di San Marino vuole dare inizio ad un processo di profonda ristrutturazione della Sanità, del Sociale e dell’ambito Educativo.

Questa legge, oltre a porre le basi per l’accreditamento, introduce un nuovo organismo, l’Authority Sanitaria deputato non solo alla autorizzazione, accreditamento e qualità dei servizi sanitari, socio-sanitari e socio-educativi, ma anche a presiedere e monitorare tutto il processo di pianificazione.

Di seguito a questa normativa è stato formulato il Decreto n. 70 del 5 maggio 2005: *“Regolamento per l’autorizzazione e realizzazione dell’esercizio delle strutture sanitarie, socio-sanitarie e socio-educative pubbliche e private”* dopo aver volto uno sguardo a ciò che accade nel panorama internazionale. Esso specifica i requisiti generici e specifici sia strutturali che di funzionamento, le procedure, l’elenco delle prestazioni oggetto dell’autorizzazione, i requisiti professionali degli operatori, fornisce indicazioni sull’attività delle medicine non convenzionale e fornisce supporto amministrativo mediante la pubblicazione della modulistica necessaria.

Della verifica di tali requisiti, attraverso un apposito organismo tecnico, si occupa la stessa Authority Sanitaria.

4. Bacino di utenza

La popolazione residente di San Marino conta circa 30.792 cittadini, a questo valore vanno sommati i non residenti tra cui coloro che hanno permessi di soggiorno per vari motivi, come i coniugi stranieri di cittadini sammarinesi residenti, i lavoratori stagionali con incarichi che vanno dai 6 ai 10 mesi, le badanti di persone non autosufficienti, etc. A questi dati vanno aggiunti i potenziali cittadini sammarinesi attualmente residenti all'estero, che ammontano circa a 30.000, e che già da ora stanno rientrando a San Marino, specie successivamente a pensionamento, molto spesso anche in ragione della possibilità di assistenza gratuita che non trovano nel paese dove hanno sempre vissuto, lavorato e sono nati.

Più in dettaglio, al 31-12-2007 i cittadini sammarinesi residenti nel territorio della Repubblica, sono ripartiti come nella Tabella n. 1, di seguito riportata:

TABELLA 1
Sammarinesi residenti per fasce di età

Residenti totali al 31-12-2007			
età	maschi	femmine	totale
< 65 anni	12.839	12.776	25.615
> o = 65 anni	2.383	2.894	5.177
> o = 75 anni	972	1.528	2.500
> o = 80 anni	535	929	1.464
TOTALE	15.122	15.670	30.792

L'analisi della popolazione costituita da over 65 anni, 75 e 80 anni, secondo i dati dell'Istituto per la Sicurezza Sociale della Repubblica di San Marino, elaborati dalla Authority Sanitaria mostra come le percentuali più alte sono costituite da persone che nelle tre fasce di età, vivono sole o con il coniuge, mentre coloro che vivono in altre situazioni (con coniuge senza figli, da soli con figli, o in convivenza, in altra famiglia) ricoprono percentuali minori (vedi Tabella 2).

TABELLA 2.

Persone over 65, over 75 e over 80 a San Marino per tipologia familiare in cui vivono e posizione nella famiglia

Persone con 65 anni e oltre	POSIZIONE NELLA FAMIGLIA								% per tipologia familiare
	capofamiglia	coniuge	figlio	Padre / madre / Suocero/ suocera	fratello/ sorella	altro parente	residenti in conv.	totale	
persone sole	1.514			-	-	-		1.514	27,9%
coppie coniugate senza figli	1.317	1.052		-	-	-		2.369	43,75%
coppie coniugate senza figli e altri	53	41		38	9	5		146	2,7%
coppie coniugate con figli	398	234		-	-	-		632	11,7%
coppie coniugate con figli e altri	70	57		59	2	3		191	3,5%
monogenitore e figli	231		8	-	-	-		239	4,4%
monogenitore e figli e altri	76		7	7	-	4		94	1,7%
altra famiglia	76			51	17	20		164	3,0%
in convivenza				-	-	-	72	72	1,3%
Totale	3.735	1.384	15	155	28	32	72	5.421	100,0%
% per posizione	68,9%	25,5%	0,3%	2,9%	0,5%	0,6%	1,3%	100,0%	

Persone con 75 anni e oltre	POSIZIONE NELLA FAMIGLIA								
TIPO di FAMIGLIA	capofamiglia	coniuge	figlio	Padre / madre / Suocero/ suocera	fratello/ sorella	altro parente	residenti in conv.	totale	% per tipologia familiare
persone sole	1.010	-	-	-	-	-	-	1.010	38,2%
coppie coniugate senza figli	596	373	-	-	-	-	-	969	36,6%
coppie coniugate senza figli e altri	20	14	-	36	2	4	-	76	2,9%
coppie coniugate con figli	110	59	-	-	-	-	-	169	6,4%
coppie coniugate con figli e altri	31	16	-	45	1	1	-	94	3,6%
monogenitore e figli	133	-	-	-	-	-	-	133	5,0%
monogenitore e figli e altri	43	-	1	2	-	1	-	47	1,8%
altra famiglia	42	-	-	36	6	9	-	93	3,5%
in convivenza		-	-	-	-	-	55	55	2,1%
Totale	1.985	462	1	119	9	15	55	2.646	100,0%
% per posizione	75,0%	17,5%	0,0%	4,5%	0,3%	0,6%	2,1%	100,0%	

Persone con 80 anni e oltre	POSIZIONE NELLA FAMIGLIA								
TIPO di FAMIGLIA	capofamiglia	coniuge	figlio	Padre / madre / Suocero/ suocera	fratello/ sorella	altro parente	residenti in conv.	totale	% per tipologia familiare
persone sole	705	-		-	-	-	-	705	26,6%
coppie coniugate senza figli	301	154		-	-	-	-	455	17,2%
coppie coniugate senza figli e altri	13	8		35	2	4	-	62	2,3%
coppie coniugate con figli	53	23		-	-	-	-	76	2,9%
coppie coniugate con figli e altri	14	7		28	-	1	-	50	1,9%
monogenitore e figli	77	-		-	-	-	-	77	2,9%
monogenitore e figli e altri	28	-		1	-	1	-	30	1,1%
altra famiglia	31	-		26	3	6	-	66	2,5%
in convivenza		-		-	-	-	41	41	1,5%
Totale	1.222	192	-	90	5	12	41	1.562	59,0%
% x posizione	46,2%	7,3%	0,0%	3,4%	0,2%	0,5%	1,5%	59,0%	

5. Situazione iniziale

Attualmente sul territorio esiste una sola Casa di Riposo annessa all'Ospedale di Stato, unica struttura di ricovero esistente. Dalla sua istituzione (1984) il numero di anziani è nettamente aumentato, così come è aumentata l'aspettativa di vita, tanto da rendere non più sufficiente l'offerta rispetto alla richiesta.

Sono stati quindi stipulate convenzioni per posti letto in Case di Riposo o Lungodegenze fuori territorio.

Dall'analisi dell'Authority, dei dati forniti dalla Casa di Riposo annessa all'Ospedale di Stato, e i dati forniti dal Servizio Domiciliare Territoriale, gli utenti presenti in strutture residenziali per anziani sono circa 102, di cui 70 presso la Casa di Riposo annessa all'Ospedale di Stato, 31 in Case di Riposo fuori territorio, e 28 gli utenti in lista di attesa, come esplicitato dalla Tabella n. 3:

TABELLA 3 Utenti residenti in strutture residenziali

Strutture Residenziali	Utenti
Ospedale di Stato di San Marino	70
Longiano (Italia)	111
Serenity House (Italia)	21
TOTALE	102
Lista di attesa	28

Fonte: Casa Riposo RMS - Elaborazione: Authority

Esiste inoltre, sempre sul territorio un Servizio Domiciliare Territoriale alle cui prestazioni accedono circa 784 utenti, di cui 665 oltre i 75 anni di età, e 119 sotto i 75 anni. Di questi gli autosufficienti sono rispettivamente 217 e 45, i parzialmente autosufficienti sono rispettivamente 248 e 51, mentre i non autosufficienti sono 200 contro i 23.

La tabella n. 4 esplicita questi dati:

TABELLA 4 Utenti del Servizio Domiciliare Territoriale

Utenti del Servizio Domiciliare Territoriale						
	>65 >75 anni			>75		
	Maschi	Femmine	TOTALE	Maschi	Femmine	TOTALE
autosufficienti	12	33	45	53	164	217
Parzialmente autosufficienti	14	37	51	49	199	248
Non autosufficienti	7	16	23	65	135	200
TOTALE	33	89	119	167	489	665

Fonte: Servizio Domiciliare Territoriale - Elaborazione: Authority

La realizzazione della Struttura Residenziale ha lo scopo di contenere tutti gli utenti presso la Casa di Riposo della Repubblica, quelli in attesa di ricovero, e quelli fuori territorio. Altro obiettivo è quello di fornire agli anziani ancora residenti presso la propria abitazione o in famiglia, la possibilità di restare durante la giornata in compagnia, ricevere assistenza in alcune ADL e fare attività per il mantenimento delle proprie autonomie, fare attività ricreative.

Gli anziani, così come le persone affette da disabilità residenti nello Stato di San Marino, attualmente ricevono la fornitura di ausili o tecnologie in diversa forma. La prescrivibilità riguarda solo gli ausili e tecnologie previste dal tariffario sanitario italiano che in genere viene approvato dal Comitato Esecutivo con delibera apposita ogni qualvolta subisca modifiche.

Attualmente, la prescrizione viene eseguita in modo disordinato, senza un percorso logico e codificato, ad opera di diverse figure mediche il più delle volte non preparate sull'argomento.

Sono infatti possibili diverse situazioni: se l'utente ha subito ricovero presso centro di riabilitazione, in genere, in occasione del ricovero, oltre al trattamento riabilitativo viene fatto un progetto per l'ausilio idoneo e l'utente viene dimesso con l'ausilio già fornito e collaudato.

Se l'utente è seguito dal medico di medicina di base (medico di famiglia del SSN italiano) la prescrizione della tecnologie o dell'ausilio vengono eseguiti dallo stesso, il più delle volte senza un progetto preciso, con la limitazione delle conoscenze del medico di famiglia in proposito, e senza una valutazione sulla idoneità o meno dello stesso ausilio in relazione anche all'obiettivo da raggiungere e all'ambiente con cui l'utente e l'ausilio devono interagire.

Se il paziente anziano è ricoverato presso l'Ospedale di Stato o la Casa di Riposo annessa, l'ausilio è fornito direttamente dal reparto al momento della dimissione; in genere è un ausilio "standard", deciso in relazione al residuo funzionale e di cui poche volte sono studiati gli adattamenti sull'utente in questione. Non è inoltre previsto una valutazione dell'ambiente dove il paziente andrà a vivere con il suo residuo funzionale per progettare eventuali modifiche necessarie.

Solo poche volte si riesce, per utenti anziani, progettare un ausilio idoneo. Di solito succede solo quanto l'anziano ha accesso agli ambulatori dell'U.O. di Medicina Fisica e Riabilitazione ad opera del Medico Fisiatra, o raramente quando lo stesso specialista viene chiamato in consulenza dai colleghi nei reparti di degenza.

La fornitura dell'ausilio è poi garantita dall'Ufficio Economato dell'Ospedale di Stato che eroga direttamente, ed in genere si tratta di ausili standard. Altro percorso è garantito per opera dell'utente stesso o di un suo familiare o assistente che, con richiesta del medico, non necessariamente specialista, vidimata dall'Ufficio Prestazioni, si reca presso una sanitaria privata, non necessariamente convenzionata, dove acquista direttamente l'ausilio di cui poi chiede all'Amministrazione rimborso diretto.

Non esiste, allo stato attuale, un Centro Ausili vero e proprio, ma un deposito di questi, non controllato e non utile all'uso di addestramento o prova per gli utenti; inoltre è di piccole dimensioni, per cui non può contenere molti ausili.

Non è prevista manutenzione degli stessi, che invece è lasciata alla necessità del momento e a carico dell'utente che deve provvedere di sua iniziativa.

Non è neppure prevista una raccolta dati elettronica, necessaria per la quantificazione e il monitoraggio degli ausili e delle tecnologie fornite ai vari utenti, raccolta che potrebbe essere utile per una analisi statistica e monitoraggio della spesa.

6. Obiettivi del progetto

L'obiettivo principale che si vuole perseguire è quello di dotare la Struttura Residenziale di tecnologie e ausili al fine di permettere di affrontare al meglio le prospettive di autonomia e migliorare la qualità della vita della persona anziana. Considerare quindi la persona anziana come il ricevitore attivo e non passivo di quella che è l'assistenza sanitaria. Altro obiettivo è quello di ottimizzare e standardizzare le procedure operative in modo da identificare i bisogni, prescrivere gli ausili idonei, facilitare il percorso dell'utente e ridurre i tempi di attesa sia per la valutazione che fornitura. In particolare il progetto si propone di:

- Creare un team multiprofessionale referente per la prescrizione e gestione ausili, identificando operatori, nei diversi ambiti di competenza, che approfondiscano le conoscenze teoriche e pratiche sull'approccio agli ausili e sul progetto di autonomia dell'utente, e che faccia da intermediario tra utente e ISS.
- Formare il personale del team investendo in corsi di perfezionamento come quello sulle Tecnologie assistive curato dalla Fondazione Don Gnocchi in collaborazione con l'Università Sacro-Cuore di Milano, e in un addestramento costante sugli ausili reperibili sul mercato, per acquisire quelle competenze necessarie per la soluzione di problemi che molto spesso sono articolati e necessitano di un intervento personalizzato.
- Convenzionarsi con Ditte fornitrici e Tecnici Ortopedici esterni che collaborino in modo competente e rispondano con solerzia alla richiesta di collaborazione della Struttura Residenziale.
- Dotare la struttura di una Ausilioteca iniziando da un certo numero di ausili essenziali, fruibili da tutti gli operatori, con la possibilità di usarli nel progetto riabilitativo come strumento terapeutico, di prova e addestramento dell'utente in attesa dell'ausilio personale, in modo da avere più tempo per la valutazione definitiva e il training del paziente e del care giver, e ciò, sia per i residenti presso il Centro Residenziale che per gli utenti del Centro Diurno.
- Creare una sorta di inventario del patrimonio ausili, delle cartelle di valutazione dell'utente, definizione di progetto, prescrizione, collaudo, manutenzione e rinnovo.
- Cercare di potenziare nel tempo il parco ausili con donazioni di sia di enti privati che pubblici, e sensibilizzare gli utenti e le famiglie a conservare gli ausili in disuso, in modo da non perder delle risorse utili.
- Convenzionarsi con Ditte fornitrici e Tecnici Ortopedici esterni che collaborino in modo competente e rispondano con solerzia alla richiesta di collaborazione della Struttura Residenziale.
- Aprire anche all'esterno, verso utenti ISS. il servizio ausili così impostato, offrendo consulenze che permettano, analizzata la richiesta di aiuto dell'utente, del care giver, medico di famiglia, o personale tecnico addetto all'assistenza, di valutare i bisogni e definire gli interventi. Questa azione di supporto è importante anche in ragione del fatto che non esiste, al momento, altra struttura sul territorio in grado di assolvere a questa funzione. Sul nostro territorio, molto spesso capita di vedere come gli utenti siano forniti di attrezzature ed ausili non indicati, non idonei alle loro esigenze e con importante spreco di risorse.

Non è possibile pensare ad una Struttura Residenziale sprovvista di ausili, in quanto sarebbe impossibile avere quei requisiti tecnici necessari per l'autorizzazione alla apertura e al successivo accreditamento da parte della Authority Sanitaria; inoltre mancherebbe al suo mandato, quello cioè di ottimizzare le risorse e le funzioni residue della persona anziana per permettere una buona qualità di vita.

Inoltre, se non si pone ordine e non si identificano protocolli adeguati si rischia di avere un gran dispendio di energie, in termini di ore di assistenza, di risorse e di accompagnamento, e il possibile peggioramento delle prestazioni funzionali per la non fornitura di un ausilio idoneo al suo scopo. Infine, se la spesa sanitaria in termini di assistenza anziani non risponde a requisiti di efficienza ed efficacia, si viene ad avere uno sperpero delle risorse collettive disponibili.

7. Articolazione del progetto

Il progetto prevede le seguenti fasi:

- fase di progettazione
- fase di attuazione

FASE di PROGETTAZIONE

- individuazione del personale per costituire un team multiprofessionale (medico fisiatra, fisioterapista, tecnico ortopedico, terapeuta occupazionale operatore tecnico dell'assistenza, infermiere professionale, segretaria, neuropsicologo e logopedista se necessari) che sia interessato e disponibile a seguire il progetto;
- formazione del personale. Dovrebbe prevedere la frequenza di tutti gli operatori, a Corsi di Perfezionamento Universitario teorico-pratico sulle tecnologie assistive, come quello dell'Università del Sacro Cuore di Milano organizzato in collaborazione con una struttura di riabilitazione come la Fondazione Don Gnocchi; visite a strutture residenziali ed ausilioteche già esistenti; aggiornamento annuale a manifestazioni espositive per essere informati sulle tecnologiche che nel tempo vengono ideate e proposte sul mercato. Fondamentale è formare il personale in modo omogeneo, onde avere una stessa modalità operativa. I tempi necessari per addestrare il personale, almeno inizialmente, potrebbero essere 6 mesi se si parte da personale già in parte competente, fino ad arrivare ad un anno per una formazione più professionale e qualificata. Le conoscenze apprese dall'equipe devono poi essere trasmesse e condivise con gli altri operatori della struttura.
- identificazione di ditte fornitrici gli ausili, disponibili a collaborare per fare preventivi, fornire il materiale e dare assistenza in tempi brevi, se e quando si renda necessario;
- individuazione degli ausili necessari nei diversi locali della struttura, sia per quanto riguarda il Centro Residenziale, vera e propria degenza, che il Centro Diurno;
- identificazione degli spazi all'interno della struttura sia per le attività comuni che per l'Ausilioteca dove gli utenti sia esterni che interni possano accedere. Gli ambienti dedicati alle attività devono essere privi di barriere architettoniche, e strutturati in modo da essere modulabili e quindi modificabili alle esigenze che di volta in volta si rendono necessarie. Devono essere confortevoli e con giusta illuminazione, se possibile sfruttando al più possibile la luce naturale. Ci deve essere il giusto spazio per l'uso di ausili quali i deambulatori, le carrozzine e i sollevatori, etc. Per quanto riguarda questo requisito, la struttura residenziale presenta ampi spazi sia nella parte adibita a casa di riposo, sia in quella adibita a centro diurno. L'individuazione dello spazio da usare per l'Ausilioteca richiede tempi brevi, basta concordare uno spazio all'interno della struttura in costruzione non ancora assegnato ad altro uso;
- identificazione delle fonti di sovvenzione per l'acquisto delle prime attrezzature;
- acquisto ausili necessari;
- identificazione di un percorso ausili, con protocolli di selezione dell'utente, modalità di accesso al percorso. Il percorso deve prevedere l'individuazione del bisogno dell'utente, dell'obiettivo, condiviso tra le varie figure del team, che si vuole perseguire, delle modalità di raggiungimento dello stesso e la valutazione dell'ausilio più idoneo. Il percorso prevede, una volta scelto l'ausilio ritenuto più adatto tramite diverse prove pratiche dello stesso o di simili, eseguire un addestramento ed allenamento all'uso, sia dell'utente che del care giver, seguito da personale tecnico.
- attivazione di un follow-up a intervalli di tempo, due settimane, un mese, sei mesi, un anno, alla fine di valutare l'andamento del quadro clinico-funzionale, le eventuali modifiche dello stesso e le esigenze emergenti per rendersi conto se l'ausilio, anche a distanza di tempo rimane idoneo e ben gestito dallo stesso utente, o dal care giver;
- istituzione di un archivio informatico che raccolga i dati tecnici degli ausili e dell'utente a cui sono stati assegnati, le scadenze e i tempi di rinnovo, manutenzione subita nel tempo o le

modifiche personalizzate resisi necessarie da subito o nel tempo in relazione alla evoluzione del quadro clinico-funzionale;

- creazione di una rete tra i vari operatori della struttura, quelli del servizio socio-sanitario, la famiglia dell'utente o il suo caregiver e l'utente stesso, che possa permettere di porre al centro l'utente con le sue esigenze e la sua famiglia, se ancora presente.
- utile potrebbe essere, in un secondo tempo allestire gli spazi comuni del Centro Diurno a locale cucina, spazi con ausili inerenti le attività manuali, il tempo libero o attività di vita quotidiana per gli utenti esterni in modo da stimolarli alla esecuzione di quelle stesse attività che state per loro sempre all'ordine del giorno, ma che per vari motivi non eseguono più;
- importante è anche l'allestimento della Palestra Riabilitativa della struttura con ausili e attrezzature che potranno essere condivise tra gli utenti del Centro Diurno e i soci dell'Associazione pensionati, allo scopo di potere praticare attività fisica di mantenimento. Alcune attrezzature potranno poi essere utilizzate anche per utenti della Centro Residenziale a scopo riabilitativo con l'aiuto di un fisioterapista;
- successiva divulgazione e coinvolgimento di operatori sanitari sul territorio (medici di base, operatori tecnici dell'assistenza, fisioterapisti, infermieri, assistenti sociali) in modo da allargare la possibilità di operare sul territorio, acquisendo una centralità nella erogazione degli ausili che attualmente è di pertinenza di personale non specializzato e competente.

FASE di ATTUAZIONE

Successiva alla precedente, questa fase permette la realizzazione vera e propria del progetto. Essendo il progetto una proposta, la prima cosa da fare è esporlo ai dirigenti preposti e ai responsabili della gestione. I principali sono:

- Dirigenti della Fondazione Casale La Fiorina
- il team di architetti in caso si debbano portare modifiche alla progettazione dell'edificio già avviato e in fase di costruzione.
- Il Comitato Esecutivo dell'Istituto di Sicurezza Sociale
- Segretario di Stato alla Sanità e Pari Opportunità (il corrispondente Ministero della Sanità italiano),
- Dirigenti della Casa di Riposo
- Servizio Domiciliare Territoriale

Il tutto può avvenire attraverso una serie di incontri delle varie categorie, il primo, a scopo introduttivo, per spiegare il significato generale del progetto, i successivi, con i Dirigenti dei vari Uffici per scendere nei dettagli che li riguardano più nello specifico. Alcuni passaggi sono già stati avviati, ma purtroppo la situazione politica attuale, viste le elezioni politiche appena concluse e il cambio di guardia dei Segretari di Stato compreso quello alla Sanità, non ancora definito, sta portando ad un dilazionamento dei tempi non solo di costruzione, ma anche di progettazione.

8. Risultati previsti

Dalla realizzazione di un tale progetto ci si aspetta:

- di creare un ambiente a portata di anziano, riducendo il disagio creato dalla difficoltà di dovere superare gli ostacoli dati dall'ambiente in relazione alle limitazioni funzionali che molto spesso portano anche ad atteggiamenti di chiusura ed involuzione da parte dell'anziano,
- un maggior coinvolgimento della famiglia e del care giver per gli utenti del Centro Diurno e della Casa di Riposo nel progetto riabilitativo;
- che la strutturazione di procedure operative porti ad un miglioramento della qualità di vita attraverso la fornitura di ausili idonei, con conseguente evitamento o riduzione della dipendenza dalla attività di tipo sanitario-riabilitativo da parte sia dell'utente che della famiglia che molto spesso ha difficoltà di accettazione della menomazione;
- formulazioni di progetti riabilitativi strutturati in base ai bisogni dell'utente e calati nella realtà dove l'utente è destinato a vivere, la famiglia e il care giver per l'utente del Centro Diurno e il personale addetto all'assistenza per gli utenti in regime di ricovero della Casa di Riposo. L'ambiente, se adeguato, può essere considerato la più importante palestra riabilitativa che prosegue il percorso iniziato con il fisioterapista;
- una migliore fornitura degli ausili in termini di appropriatezza, efficacia ed efficienza;
- una maggiore razionalizzazione delle risorse, una minore dispendio energetico da parte degli utenti, ma anche da parte del personale tecnico dedicato all'anziano;
- dare la possibilità ai soci dell'Associazione Pensionati di potere usufruire di locali della Palestra Riabilitativa in base alle loro necessità di tempo, cosa non possibile allo stato attuale in quanto l'Associazione si deve accontentare delle palestre concesse dalle scuole elementari nei giorni e negli orari liberi dalle attività scolastiche. L'utilizzo della palestra della Struttura Residenziale avverrebbe senza costi aggiuntivi per l'Associazione se non un possibile contributo per le pulizie. D'altra parte, la Struttura Residenziale ammortizzerebbe la spesa di fornitura per parte del materiale della palestra e nello stesso tempo non si vedrebbe sotto utilizzati i locali adibiti a Palestra Riabilitativa;
- l'Ausilioteca permette di avere un maggior numero di utenti che provando gli ausili riescono ad identificare quello giusto per loro, l'allenamento all'uso dell'ausilio e il follow up completano il programma;
- il monitoraggio della situazione clinico-funzionale e degli ausili permette di elaborare statistiche, conoscere il percorso dell'ausilio e dell'utente usufruttore dello stesso, per avere ragione o meno della scelta fatta, della soddisfazione dell'utente e del patrimonio tecnologico della comunità;
- la creazione di una cultura dell'ausilio, che deve essere considerato non un segno di menomazione e diversità ma una opportunità e uno strumento che permette il superamento delle difficoltà per una migliore qualità di vita.

9. Relazione tecnica

Di seguito vengono riportati gli obiettivi, le azioni, le persone da coinvolgere e condizioni necessarie alla realizzazione del progetto.

obiettivi	azioni	Persone da coinvolgere	tempi	Condizioni e commenti
Identificazione del team multiprofessionale	Proposta di tale progetto	- medico fisiatra, - fisioterapista - terapeuta occupazionale - tecnico ortopedico - operatore addetto all'assistenza - infermiere - neuropsicologo o psicologo - logopedista - segretaria	2 mesi	Necessaria una delibera che dia mandato ad un professionista, medico fisiatra esperto in tecnologie assistive, di identificare le persone con requisiti idonei da arruolare nel team. - necessario definire l'erogatore dei fondi per corso di perfezionamento e aggiornamento. Entro Dicembre 2008
Formazione del team	Frequenza a Corso di Perfezionamento sulle Tecnologie per l'Autonomia	- medico fisiatra, - fisioterapista - terapeuta occupazionale - tecnico ortopedico - infermiere	5 mesi	- necessari fondi per più figure professionali da reperire dai Piani di Programmazione Aggiornamento e Formazione del personale dell'ISS. - iscrizione al primo corso disponibile, se possibile già da gennaio 2009
Aggiornamento annuale	Corsi di aggiornamento annuali teorico-pratici	stesse figure di cui sopra	10 giorni annuali	- ricerca fondi necessari da reperire dai Piani di Programmazione Aggiornamento e Formazione del personale e dalle Ditte Fornitrici degli Ausili - ricerca corsi di aggiornamento e programma per il 2009 Necessario l'aggiornamento annuale sulle tecnologie di nuova ideazione e realizzazione
Visita a Case di Riposo, Centri di Riabilitazione, Luogodegenze, Ausilioteche	DAT Milano, Corte Roncati di Bologna	- fisiatra - fisioterapista - terapeuta occupazionale - tecnico ortopedico - architetto - responsabile della Fondazione Casale La Fiorina	4 mesi	- trasferta giornaliera a spese della Pubblica Amministrazione sotto forma di comando
Ricerca documentazione e reperimento nominativi ditte fornitrici, identificare contatti utili	Consultazione portale SIVA, ricerca di ditte e cataloghi, colloqui con direttori commerciali di ditte fornitrici	- medico fisiatra - fisioterapista - terapeuta occupazionale - tecnico ortopedico - segretaria	5 mesi	Se possibili ditte con sedi vicine, per agevolare la collaborazione e velocizzare i tempi di intervento e consegna degli ausili
Individuazione degli Ausili necessari	Da definire con l'Architetto e responsabili della Struttura; stesura progetto ed esposizione alla Fondazione Casale La Fiorina	- architetto - geometra - responsabile Fondazione Casale La Fiorina - medico fisiatra - responsabile casa di Riposo e Centro Diurno	6 mesi	
Individuazione locali per Ausilioteca	Da definire con l'Architetto, responsabili della Struttura,	- architetto - geometra - responsabile Fondazione Casale La Fiorina - medico fisiatra	6 mesi	- individuazione di locali che rispettino la normativa in vigore
Ricerca delle risorse economiche	- richiesta preventivi - colloqui con: ISS, Fondazione Cassa di Risparmio, Servizi Fondo Sociale, Associazioni private	- Direttivo Casale La Fiorina - Fondazione SUMS - Comitato esecutivo ISS - Segretario di Stato alla Sanità - Dirigente Casa di Riposo e Servizio Domiciliare	6 mesi	Necessario fare diversi incontri per spiegare in modo dettagliato il progetto
Recupero ausili in disuso nel magazzino economato ISS	Colloquio con responsabile dell'Ufficio Economato ISS per esplicitare il progetto e proporre scambio di collaborazione	Dirigente Ufficio Economato ISS Direttore Generale ISS Segretario di Stato alla Sanità e Pari Opportunità	2 mesi	l'Economato mantiene il suo ruolo di erogatore non solo per gli anziani, ma per tutti gli assistiti ISS dandogli però l'opportunità di servirsi di un centro di valutazione, prova e addestramento degli ausili
Erogazioni fondi per l'acquisto degli ausili	Incontri e colloqui	ISS, Fondazione Cassa di Risparmio, Servizi Fondo Sociale, Associazioni private sensibili al progetto	6 mesi	Delibera del Consiglio Fondazione Casale La Fiorina sulle modalità ed enti da coinvolgere
Acquisto ausili	Contatto Ditte Fornitrici	Responsabili Ditte individuate	12 mesi	Necessaria è la deliberazione ed erogazione dei fondi necessari

Ideazione protocolli di identificazione dell'utente e modalità di accesso al servizio	Stesura del protocollo	Tutte le figure del team	3 mesi	Il protocollo deve essere condiviso da tutti i componenti del team
Divulgazione del protocollo	Incontro Informativo	- Personale Casa di Riposo e Servizio Domiciliare Territoriale - MMG degli utenti - Specialisti ospedalieri - Assistenti sociali - Ufficio Economato dell'ISS - Comitato Esecutivo ISS - Segretario di Stato alla Sanità	5 mesi	Necessaria la partecipazione e l'informazione di tutte le figure
Follow Up	Rivalutazione sulle modalità di utilizzo dell'ausilio, prestazione funzionali dopo utilizzo, soddisfazione dell'utente, della famiglia e care giver	- tutte le figure del team, - utente, - famiglia - care giver	a 3-6 mesi- 1 anno dalla consegna ausilio	Contatto con l'utente, se esterno; programmazione di rivalutazione se l'utente è interno
Archivio storico informatico	- stesura documento per archiviazione dati con scheda medica dell'utente e scheda tecnica dell'ausilio, - eventuale scheda operatore	Tutte le figure del team con il Medico Fisiatra come responsabile, - segretaria	5 mesi	Necessari: - dati obiettivi relativi all'utente, relazione dettagliata che identifichi i bisogni dell'utente, le soluzioni individuate e scelte, i risultati funzionali raggiunti, eventuali modifiche apportate, difficoltà durante il periodo di training - valutazione delle soluzioni più congrue, con maggior risultati sul versante efficacia efficienza - supporto informatico
Allestimento di spazi del Centro Diurno ad uso cucina o attività ricreative	- preventivi - acquisti materiale	- architetto - coordinatore Fondazione Casale La Fiorina	5 mesi	- necessario la conversione di fondi eventualmente previsti per altre attività
Allestimento Palestra Riabilitativa	- preventivi - acquisti materiale	- architetto - coordinatore Fondazione Casale La Fiorina - Associazione Pensionati	5 mesi	necessari accordi con l'Associazione Pensionati per la condivisione delle spese
Apertura all'esterno di consulenza per prescrizione e fornitura ausili	- protocollo di attivazione del servizio	- Comitato esecutivo ISS - Segretario di Stato alla Sanità - Dirigente Medicina di Base - Medici di Base e Specialisti	1 anno	Collaborazione e coinvolgimento di tutto il team e i vari organismi

Scendendo più nello specifico, la fornitura dettagliata degli ausili della Struttura può prevedere:

CASA di RIPOSO:

CAMERE

La legge (Decreto n. 70 del 5 maggio 2007), in vigore prevede, come requisito strutturale, “*camere da letto con una superficie utile – di norma – di mq 12 per le camere ad un posto e di mq. 18 per le camere a due posti; in ogni caso le camere dovranno essere organizzate ed avere dimensioni tali da favorire la mobilità, la manovra e la rotazione di carrozzine ed altri ausili per la deambulazione*”; devono avere dotati di “*campanelli di chiamata*”. (www.conigliograndeegenerale.sm, www.sanmarinosalute.sm).

Le camere già realizzate hanno dimensioni secondo normativa sia per le singole che le doppie. Permettono il posizionamento di uno o due letti forniti di testiera con la possibilità di erogare l’ossigenoterapia e il posizionamento di comodini e armadio per ogni utente.

Letti

La proposta per quanto riguarda i letti prevede l’uso di letti basculanti in lunghezza e larghezza con materassi antidecubito laddove ne sia richiesta necessità per prevenire lesioni da decubito.

(Modello Pegaso Tilt Ditta Antago Group)

In alternativa, si possono considerare letti articolati a 3 snodi e 4 sezioni regolabili in altezza elettronicamente (Modello Pitagora 4S A LE Ditta Antago) oppure letti a 3 snodi e 4 sezioni regolabili in altezza a mezzo sistema viti con manopole ergonomiche salva spazio (Modello Archimede 4S Ditta Antago Group)

Cuscini di postura e prevenzione delle piaghe da decubito.

Sono cuscini costituiti da micro particelle di polistirolo rivestiti da guaine in tessuto poliuretano bi-elastico. Sono adattabili alle differenti morfologie dei pazienti e facilmente posizionabili a differenti esigenze.

Hanno la caratteristica di avere l’involucro facilmente lavabile con panno morbido e detergenti non aggressivi. Ne esistono di diversa dimensioni e forma, cilindrici, tondi, rettangolari, a U, a S, a semiluna per consentire una agevole modificazione della postura dello stesso paziente e adattabilità alle esigenze della condizione clinica di base. (Modello Preventix Ditta Chinesport)

Alzacoperte (Modello CROM 104 Ditta Officine Ortopediche Rizzoli)

Ausili per il trasferimento:

Sono ausili che permettono il trasferimento di persone con capacità motorie limitate, dotati di confort per l’utente, diminuiscono gli sforzi fisici da parte degli operatori. Alcuni di questi possono anche favorire o aumentare l’autonomia degli utenti

Telo antiscivolo da letto per impedire lo scivolamento in senso cranio-caudale del paziente allettato, quando sia sollevata la parte della testa. (Modello Telo Unitelo antiscivolo Handi Move Ditta Chinesport)

Disco girevole da porre sul pavimento per permettere riposizionare la persona evitando torsioni alle ginocchia e delle anche nelle persone con possibilità di stazione eretta assistita ma assenza di capacità di rotazione. (Modello Disco Duo Handi Move Ditta Chinesport)

Asse di trasferimento per permettere il passaggio dal letto alla carrozzina e viceversa o da sedia a sedia posti alla stessa altezza, in modo autonomo. (Modello Asse Transfer Handi Move Ditta Chinesport)

Sollevapersona. Si propone un modello di sollevatore elettrico con unità base munita di batteria estraibile e ricaricabile, con meccanismo di emergenza meccanico per la salita e discesa in mancanza di corrente o batteria. L’imbragatura imbottita per alleviare la pressione, con supporto per la testa nella versione normale e per la toilette igienica. (Modello Hercules, Ditta fornitrice Chinesport)

Carrozzine

Nei locali della Casa di Riposo possono essere utilizzate:

- delle semplici carrozzine “standard” allo scopo di trasferimento degli utenti, sia per l’igiene personale che per il trasferimento da un locale all’altro; (Modello Carrozzina Standard Ditta Officine Ortopediche Rizzoli)
- carrozzine pieghevoli leggere da transito con braccioli ridotti per tavolo, estraibili, pedane regolabili in altezza ribaltabili ed estraibili, ruotine salva porta, tavolino con incavo e bordi (Modello LT2 Ditta Officine Ortopediche Rizzoli)
- carrozzine polifunzionali reclinabili e basculanti per permettere la modifica di postura agli utenti con patologie più gravi che hanno perso la funzione deambulatoria, con patologie respiratorie, instabilità del tronco e che sono costretti per la maggior parte del tempo a stare seduti o sdraiati. Come caratteristiche si potrebbero indicare quelle con sedile e schienale reclinabili indipendentemente, fiancate imbottite, ribaltabili con braccioli regolabili in altezza e in sincronia con il movimento dello schienale, pedane poggia gambe regolabili in altezza, ribaltabili ed estraibili, poggiatesta imbottito, confortevole, regolabile in altezza, profondità ed inclinazione eventuali cuscini per il tronco, divaricatore per prevenire l’adduzione delle cosce e tavolino estraibile. Si potrebbero scegliere modelli che abbiano base per esterni in modo da permettere anche il trasferimento interno-esterno in caso di necessità, data l’area verde che si verrà a creare intorno alla struttura (Modello Xeryous Ditta Officine Ortopediche Rizzoli).

In genere, comunque, qualora fossa necessario un sistema di postura particolare per determinati utenti, questi potranno essere prescritti dal Medico Fisiatra come ausilio personale a carico economico dell’ISS. senza che debba essere a carico della Casa di Riposo. Lo stesso dicasi per i cuscini antidecubito.

SERVIZI IGIENICI

Se si considera la Struttura Residenziale, i servizi igienici annessi alle camere da letto degli utenti, secondo la normativa in vigore a San Marino, Decreto n. 70 del 5 maggio 2007, tra i requisiti strutturali della Casa di Riposo, devono essere “.. *in numero di 1 ogni camera a due posti e 1 ogni due camere per le camere ad un posto, di dimensioni tali da permettere l’ingresso e la rotazione delle carrozzine, ...* dotati di “*campanelli di chiamata*”. (www.consigliograndeegenerale.sm).

I bagni annessi alle camere hanno dimensioni di 2x3 metri, posseggono quindi quelle dimensioni che permettono una mobilitazione agevole di una sedia con ruote o una carrozzina e due operatori addetti all’assistenza. La proposta è quella di attrezzarli con un:

- **lavandino** accessibile dagli ospiti in carrozzine con relativo specchio inclinato
- **WC rialzato**, accessorio di maniglioni,
- **Sedie da doccia** con ruote frenabili, sedile con foro per l’igiene, accesso facilitato tramite braccioli reclinabili, poggiapiedi pieghevoli e rimovibili, sedile ergonomico ed estraibili con maniglia da spinta. Posizionabile anche sopra il WC. (Modello Erfurt Ditta Chinesisport)
- I servizi igienici collegati agli spazi comuni, per legge devono essere “*in numero minimo di due, di cui almeno uno attrezzato per la non autosufficienza*”, requisito rispettato nel caso della nostra. (www.consigliograndeegenerale.sm, www.sanmarinosalute.sm)

La proposta è quella di attrezzarli, per il bagno assistito, con **vasca da bagno con ingresso assistito** accessorio di sedile antiscivolo che consente movimento di sollevamento e rotazione, gestito elettronicamente con pulsantiera, a tenuta stagna, dotato di due braccioli e che possa essere manovrato da più operatori. L’alternativa alla vasca è una doccia accessibile da carrozzina da igiene; quest’ultima alterativa risulta sicuramente meno costosa.

SPAZI COMUNI

Gli spazi comuni della Casa di Riposo sono molto ampi e con la possibilità di essere suddivisi da mobili o strutture modulari per creare spazi più piccoli e confortevoli, da adibire a piccole sala pranzo, o sala ricreativa con TV comune, per gli utenti in grado, per le loro condizioni di autonomia di uscire dalle stanze da soli o accompagnati dagli operatori

Le zone adibite a sala pranzo saranno attrezzate con semplici tavoli di altezza utile all'avvicinamento della carrozzina, con eventuali poltrone comode per chi le può usare.

Gli spazi adibiti a sala ricreativa possono essere attrezzati con **Poltrone relax** reclinabili per consentire a chi ne ha necessità di assecondare il riposo postprandiale tipico di molti anziani.

Una tale disposizione degli spazi consente per gli operatori un minore dispendio di energie normalmente necessarie per gli spostamenti ad ogni pasto, e agli utenti un minore disorientamento nel percorrere gli spazi necessari a raggiungere la sala comune. (Modello Sally 2EL e Modello Zita Ditta Chinesport)

CENTRO DIURNO

SALA COMUNE

La sala comune presenta annesso, oltre ai servizi igienici, anche due locali sufficientemente spaziosi per contenere:

- **divani** e sedie normali o anche
- **poltrone relax** simili a quelle della Casa di Riposo, cioè reclinabili per consentire a chi ne ha necessità di assecondare il riposo postprandiale, bisogno tipico di molti anziani, dotate di poggiatesta sollevabile per facilitare il ritorno venoso, ed elevabile per facilitare la risalita dalla posizione seduta (Modello Sally 2EL e Modello Zita Ditta Chinesport)
- **tavolo funzionale**: tavoli occupazionali con possibilità di regolazioni differenziate per l'adattamento alle caratteristiche antropometriche dell'utilizzatore; struttura in acciaio verniciato con piano di lavoro in legno, ad inclinazioni graduabili frontalmente fino a 45 -90°, regolabile anche in altezza tramite molle o manualmente (Es. modello Tavolo Funzionale FI della Chinesport: presenta due sezioni con incavo ed un piano inclinabile e ha dimensioni 90 cm x 90 cm x 68-92 cm di altezza)
- **tavolo normale** accessibile a carrozzine e sedie normali per consumare il pranzo, per il gioco delle carte o per fare conversazione.

Sempre annessa alla sala comune è presente una zona utilizzabile come **cucina**, dove le signore si possono cimentare nel cucinare i loro piatti preferiti per dividerli all'ora del pasto.

Questa zona verrebbe quindi attrezzata con mobili da cucina tali da permetterne l'uso anche ad utenti in carrozzina. Saranno necessari, quindi:

- piano di lavoro dotato di ruote e quindi facilmente spostabile
- piano di cottura modulabile in altezza con cucine a fornelli e forno elettrico
- lavello accessibile
- tavolo regolabile in altezza (con altezza minima di 80 cm per facilitare l'accesso di carrozzine)
- sedie di diversa altezza, per permettere anche di cucinare stando quasi in piedi ma in appoggio
- pensili regolabili in altezza
- mobile con ante scorrevoli per contenere gli utensili da cucina
- stoviglie e utensili vari da cucina per la preparazione dei cibi (pentole, elettrodomestici, posate, tagliere, matterello, etc) sia normali che per una presa facilitata.

Sempre nel Centro Diurno, si potrebbero attrezzare **piccoli laboratori** sotto forma di zone per le varie attività manuali, come il cucito, la lettura e la musica, fornite di:

- tavolo accessibile a carrozzine

- armadio per contenere gli attrezzi e utensili
- leggi a diversa inclinazione
- **facilitatore delle funzioni visive** che possa essere usato da tutti gli utenti anziani ipovedenti per eseguire diverse attività come il leggere, lo scrivere, e per le donne, il cucire, fare l'uncinetto o i ferri.
- **quadro per la ergoterapia**: pannello in laminato plastico con attrezzi per l'esercizio degli arti superiori e le funzioni fini della mano, che ripropongono i movimenti che si fanno abitualmente, come allacciare una cerniera, chiudere un chiavistello, togliere una presa dal muro, etc. (Modello 07350 Ditta Chinesport)

SERVIZI IGIENICI

Per quanto riguarda il Centro Diurno, la normativa (Decreto n. 70 del 5 maggio 2007) prevede “*servizi igienici attrezzati per la non autosufficienza in numero di 1 fino a 10 ospiti, o n. 2 oltre i 10 ospiti*” tenendo presente che “*la capacità ricettiva di un Centro diurno assistenziale va di norma da un minimo di 5 ad un massimo di 25 ospiti*”. (www.conigliograndeegenerale.sm, www.sanmarinosalute.sm).

Per quanto riguarda i servizi igienici del Centro Diurno, si propone di adottare gli stessi criteri adottati per la Casa di Riposo.

AUSILIOTECA

Lo scopo della Ausilioteca è quello di avere una base di fornitura degli ausili più facilmente accessibile, sia per un programma di riabilitazione che di prova e di addestramento all'uso degli ausili.

Per un problema di costi si ipotizza di fornirli di ausili di base, almeno inizialmente, per poi essere ampliata nel corso degli anni, in modo da dilazionarne le spese di impianto.

Può essere anche un eventuale deposito che raccoglie molti di quegli ausili di volta in volta prescritti agli anziani che con il tempo non usano più o per peggioramento, o, più raramente, per miglioramento della condizione clinico-funzionale. Lo scopo è quello di poterli conservare in buone condizioni e riutilizzarli, in tempi successivi, per altri utenti che ne abbiano bisogno, per eseguire un percorso riabilitativo che richiede ausili diversi nel tempo, per addestramento o prova dell'ausilio, o per studiare e scegliere insieme all'utente stesso quello più idoneo.

Altro scopo è quello di avere più ausili pronti all'uso, senza dovere attendere i tempi di prescrizione e quello di recuperare risorse economiche con notevole risparmio; molto spesso, infatti, gli ausili prescritti per il domicilio vengono non più utilizzati dall'utente e facilmente parcheggiati e dimenticati.

Ausili per la deambulazione

Tra gli ausili per la deambulazione si possono includere:

- bastoni di legno o in alluminio regolabile, con puntale antiscivolo
Modello Anatomic Ditta Chinesport
Modello Alux Ditta Chinesport
- tripodi o tetrapodi in alluminio e regolabili in altezza e con puntali antiscivolo
Modello Alux Ditta Chinesport
- deambulatore di piccole dimensioni (70 cm di larghezza x 100 cm di altezza) per interno con puntali antiscivolo e snodabile, in modo da seguire il movimento delle braccia durante la deambulazione per facilitare la deambulazione.
Modello Deambulatore Bis Ditta Chinesport
- deambulatore sempre di piccole dimensioni ma con due puntali antiscivolo e due ruote anteriori e dotati di freni
Modello Walk on Roll Ditta Chinesport
- deambulatore di piccole dimensioni per esterno dotato di quattro ruote di più grosse dimensioni e due freni, seduta antiscivolo e cestino portaoggetti
Modello Polo Plus Ditta Chinesport

- deambulatore tipo Walker AF o Walker F ditta Chinesport entrambi in acciaio cromato con quattro ruote, di cui due piroettanti e due direzionali con freni. Il primo dotato di appoggi ascellari regolabili in altezza e comodo seggiolino imbottito, il secondo completo di ripiano imbottito regolabile in altezza, con impugnature ergonomiche regolabili e con dispositivo di frenata. Le dimensioni di entrambi sono di 62 cm., x 55 cm. di larghezza e profondità x 115 - 114 cm di altezza.
- deambulatore Walker lift, ditta Chinesport, in acciaio verniciato con due maniglie regolabili e quattro ruote piroettanti di cui due frenanti. I piani di appoggio sono regolabili in altezza e larghezza, tramite un pistone a gas azionato da comando a leva. Questo sistema di regolazione consente di adattare l'ausilio in modo semplice ed immediato alla corporatura del paziente. Quest'ultimo modello facilita la risalita dalla postura seduta, riducendo l'aiuto e la necessità di assistenza da parte degli operatori nella messa in stazione eretta. Tale dispositivo ha un ingombro di 64 – 82 cm di larghezza x 72 cm di profondità x 85 – 117 cm. di altezza.

Carrozine

Si ripropongono, al riguardo, gli stessi modelli e tipologie scelte per la Casa di Riposo, per esigenze di uniformità:

- delle semplici carrozzine “standard” allo scopo di trasferimento degli utenti, sia per l'igiene personale che per il trasferimento da un locale all'altro. (Modello Carrozzina Standard Ditta Officine Ortopediche Rizzoli)
- carrozzine pieghevoli leggere a da transito con braccioli ridotti per tavolo, estraibili, pedane regolabili in altezza ribaltabili ed estraibili, ruotine salva porta, tavolino con incavo e bordi. (Modello LT2 Ditta Officine Ortopediche Rizzoli)
- carrozzine polifunzionali reclinabili e basculanti per permettere la modifica di postura agli utenti con patologie più gravi che hanno perso la funzione deambulatoria, con patologie respiratorie, instabilità del tronco e che sono costretti per la maggior parte del tempo a stare seduti o sdraiati. Come caratteristiche si potrebbero indicare quelle con sedile e schienale reclinabili indipendentemente, fiancate imbottite, ribaltabili con braccioli regolabili in altezza e in sincronia con il movimento dello schienale, pedane poggia gambe regolabili in altezza, ribaltabili ed estraibili, poggiatesta imbottito, confortevole, regolabile in altezza, profondità ed inclinazione eventuali cuscini per il tronco, divaricatore per prevenire l'adduzione delle cosce e tavolino estraibile. Si potrebbero scegliere modelli che abbiano base per esterni in modo da permettere anche il trasferimento interno-esterno in caso di necessità, data l'area verde che si verrà a creare intorno alla struttura. (Modello Xeryous Ditta Officine Ortopediche Rizzoli).

Attrezzature da ufficio

L'ausilioteca dovrà essere anche dotata di un archivio per la raccolta di dati e cartelle, un PC e una stampante, una scrivania, un tavolo per riunione con relative sedie, e scaffalature.

PALESTRA RIABILITATIVA

La palestra è stata ideata per essere condivisa tra Centro Diurno e Struttura Residenziale, ma presenta anche la possibilità di un ingresso indipendente e quindi un suo utilizzo al di fuori degli orari del centro diurno da parte di ospiti esterni. In particolare l'ipotesi è quella di potere essere utilizzata anche dai soci della Associazione Pensionati che sul territorio organizza diverse iniziative, tra cui l'attività fisica di mantenimento che attualmente viene dislocata nelle varie palestre delle scuole ed eseguita quando le stesse palestre non sono occupate da attività scolastiche.

Questa palestra ha dimensioni di 20 metri di lunghezza e di 7,30 metri di larghezza, possiede una grande vetrata, che la rende molto luminosa, su un lato della larghezza, lato Sud, dove vi è anche l'ingresso per gli esterni.

Tra le attrezzature scelte per arredare la Palestra Riabilitativa elenchiamo:

parallele per lo svolgimento del semplice training del passo allo scopo di ottimizzare la locomozione o per una vera e propria azione di rieducazione alla deambulazione di utenti che abbiano difficoltà nell'esecuzione di tale funzione per problemi neurologici, per scarso equilibrio da non uso, o in caso di utenti che abbiano subito intervento di tipo ortopedico, per il mantenimento delle capacità funzionali già riabilite in regime ospedaliero nel post-operatorio.

L'ideale è che posseggano la possibilità di regolazione simultanea e precisa in altezza dei corrimano sui due lati, mantenendo un perfetto parallelismo, mediano un comando che richieda minimo sforzo di azionamento. Importante è che i corrimano siano regolabili anche in larghezza.

Il modello della STandGOSystem della ditta Chinesisport possiede in questo senso un comando a pedale che aziona molle a gas per uno spostamento continuo che può consentire una regolazione millimetrica e fine ed eseguibile durante l'esercizio riabilitativo. Queste parallele consentono anche una traslazione delle barre parallele verso l'uscita, cosa che consente una maggiore accessibilità dalla postura seduta in quanto l'utente può appoggiare comodamente gli avambracci sui corrimano restando seduto e, senza doversi trasferire con la carrozzella sulla pedana di base. In questo modo il paziente può applicare le leve e le forze disponibili per una verticalizzazione naturale riducendo la necessità di assistenza da parte del terapeuta. Inoltre questo sistema permette nella fase iniziale di garantire il massimo supporto agli arti superiori, per poi progressivamente ridurre l'altezza dei corrimano fino soltanto a sfiorarlo con le mani e non toccarli, sia per aumentare le prestazioni funzionali, sia per impedire che le barre parallele possano rappresentare un ostacolo alla corretta postura dell'utente in deambulazione.

Questo modello è inoltre caratterizzato da una struttura in acciaio verniciato e pedane in legno bilaminato, antiusura, i corrimano sono in termoplastica antiscivolo, e tutte le parti sono facilmente lavabili.

Lo spazio di ingombro delle parallele è di 2.11 (o 3.11) metri di lunghezza per 1.04 di larghezza massima a seconda del modulo che si vuole scegliere.

La stessa attrezzatura permette anche di utilizzare, nella fase iniziale del programma terapeutico-riabilitativo, e a scopo valutativo sulle capacità funzionali di deambulazione, l'utilizzo di un **appoggio antibrachiale** a carrello, applicabile alle parallele. E' un dispositivo sicuro che presenta quattro finecorsa ed è regolabile in relazione alle esigenze del paziente, indirettamente, grazie alla regolazione dei due corrimano. L'eventuale uso di due carrelli, congiunti tra loro, permette l'inversione del senso di deambulazione consentendo al paziente di ruotare su se stesso a fine corsa, proseguendo l'esercizio senza interruzioni e un sicuro contenimento della persona.

(Modello Carrello per Parallele Ditta Chiesport).

Sebbene il movimento di rotazione su sé stessi sia un gesto complesso, può essere esso stesso un esercizio, sempre supportato dal terapeuta.

Lo stesso sistema di parallele permette di fare esercizio di propriocettività ed equilibrio in modo da prevenire le cadute, migliorare i riflessi e i tempi di reazione. Allo scopo si possono utilizzare **set per percorsi terapeutici** che sono dispositivi che, posizionati sulla pedana, alterano il piano su cui deambulare rendendolo irregolare e con pendenze e stimoli sensoriali differenti. Allo scopo si possono usare una serie di moduli di termoplastica e di sacchetti a diversa forma, come emisfere, rulli, divaricatori con fermo magnetico, ostacoli contenenti diversi materiali (es. sabbia etc).

(Modello Set Percorsi terapeutici Ditta Chiesport).

scale di diverso tipo utili per la rieducazione del paziente che ha difficoltà nell'esecuzione di tale funzione, quindi come progressione di difficoltà funzionale e proseguo di un percorso riabilitativo.

Anche qui si propone un modello che sia caratterizzato dai corrimano regolabile in altezza, in modo, sia di adattarsi alle misure antropometriche della persona, che di regolare il carico del peso corporeo concesso allo stesso soggetto. La regolazione in altezza deve essere possibilmente facile da parte dell'operatore ed eseguibile anche durante l'esecuzione dell'esercizio terapeutico.

Il modello "STandGOSystem" commercializzato dalla Ditta Chinesisport è caratterizzato da una struttura in acciaio verniciato e con 3-5 gradini e pedane in legno bilaminato, antiusura, i corrimano sono in termoplastica antiscivolo.

Tutte le parti sono facilmente lavabili. In termini di sicurezza, i gradini e le rampe presentano un disegno continuo, con spigoli arrotondati ed un sottogrado per agevolare il posizionamento del piede.

Inoltre i gradini hanno un inserto che riduce la possibilità di scivolamento della persona e al tempo stesso rappresenta un sicuro punto di riferimento durante la salita o discesa.

Tra i moduli possibili la proposta è quella di scegliere una rampa a gradini alti (16 cm), una a gradini bassi (9,5 cm) e una rampa a scivolo (con inclinazione di 18°) per graduare la richiesta funzionale.

Il dispositivo così ipotizzato prevede anche una pedana comune che riunisce le tre rampe considerate.

L'ingombro previsto per tale attrezzatura è di m. 4.25 x m. 1.95.

(Modello Rampe Linea Plus Ditta Chinesisport).

Tappeti per eseguire esercizi da supino

I materassini AIREX Ditta Chiesport hanno una superficie compatta, di basso spessore, antiscivolo, sono resistenti ed elastici supportando ogni tipo di sollecitazioni; hanno una eccellente capacità ammortizzante pur con spessore minimo, per consentire sicurezza e stabilità negli esercizi di equilibrio; grande flessibilità e leggerezza, per cui sono facile da riporre. In genere hanno lunghezze variabili, da 185cm a 200 cm, mentre la larghezza può variare da 60 a 125 cm., mentre lo spessore può variare da 8 a 25 mm. Pensando alla tipologia di utente e allo scopo, la proposta è quella di scegliere una larghezza di 100 cm e lunghezza di 200 cm, con spessore di 15 mm.

L'igiene è garantita dal processo Sanitized (inibizione fungo battericida) con cui sono trattati. Si puliscono semplicemente con una spazzola morbida e acqua tiepida con sapone o soluzione detergente domestico (semplice detersivo per piatti). Mentre la disinfezione si rende necessaria per motivi particolari, è possibile utilizzare disinfettanti e detergenti per uso domestico, ospedaliero e per istituti in soluzione acquosa.

Per migliorare le funzioni di equilibrio, bilanciamento stabilità, si possono usare accessori come il **Balance Pad**, tappetini con supporto laterale da entrambi i lati con superficie stimolante i recettori della pianta dei piedi o che hanno forma a cuneo.

Altri accessori per l'attività fisica di mantenimento possono essere i **palloni Bobath** di diverse dimensioni, ditta Chinesport, o palloni o palle di diverse dimensioni, cuscini delle varie forme, a cuneo, di forma cilindrica, cubica, semicilindrica.

Possono avere superficie liscia o irregolare per avere effetto di massaggio e automassaggio con effetto di stimolazione sensoriale della cute delle varie parti del corpo. (Ditta Chinesport)

bastoni in legno per la mobilizzazione attiva e attiva assistita degli arti superiori allo scopo di mantenere l'articolazione. (Modello della Ditta Chinesisport)

tavole instabili per la rieducazione della propriocezione, a forma di tavola oscillante con semicilindro delle dimensioni di 70 cm x 40 cm o a semisfera delle dimensioni di 50 cm di diametro, adatte al carico bipodalico, con piano imbottito o tavole in legno verniciato. (Ditta Chinesport)

spalliere svedesi

Sono spalliere di legno da attaccare al muro per eseguire esercizi attivi e attivi assistiti, eventualmente accessoriata di poggiaschiena imbottito in similpelle lavabile e ancorabile alla spalliera.

La spalliera ha dimensioni di 90 cm di larghezza per 250 cm di altezza. Se ne potrebbero prevedere almeno quattro in modo da eseguire esercizi in piccoli gruppi. Potrebbe essere però usata una spalliera alla volta se si eseguono esercizi di risalita per il recupero della stazione eretta di un paziente in carrozzina.

Si propone di associare alla spalliera una **ergolina** semplice, con una sola stazione a corda adatta anche per persone in carrozzina.

Si propone un modello con struttura in acciaio verniciato e carrucola regolabile in altezza che scorre su un'asta, e peso regolabile.

Dimensioni 25 cm x 33 cm, x 220 cm di altezza. (Modello Ergolina Single Ditta Chiesport).

Alternativa una semplice puleggia.

Specchio liscio per eseguire esercizi sotto il controllo visivo. Alcuni tipi sono assemblati con agglomerato espanso iniettato a formare un unico blocco, reso solidale dalla cornice e da speciali elementi ad angolo. Questo tipo, in caso di rotture, resta aderente allo strato agglomerato garantendo una certa sicurezza, caratteristica che può essere potenziata dall'ancorare lo specchio al muro. (Modello Specchio Modular Liscio Ditta Chiesport).

Le dimensioni dello specchio potrebbero essere di 2 metri di altezza per 2 metri di larghezza.

Cyclette

Biciclette da camera, con regolazione dello sforzo, regolazione in altezza del sellino, pedali con cinghia, accessoriata di computer di allenamento con schermo grande e touch screen, per la misurazione del percorso di allenamento e tempo intercorso, semplice, facilmente utilizzabile dall'utenza anziana.

Si propone un modello semplice con sellino standard e un modello con seduta più stabile e maniglie per appoggio degli avambracci.

(Modello Paso 307 R e Modello Polo S Ditta Chiesport)

Cicloergometro

E' un mobilizzatore per la mobilizzazione passiva o attiva assistita o attiva degli arti sia superiori che inferiori, allo scopo di mantenere l'articolari, un buon trofismo della capsula e dei capi articolari, prevenire gli accorciamenti e retrazioni muscolotendinee, gli edemi grazie alla pompa muscolare messa in atto, e aumentare la forza muscolare residua.

Possono essere usati da soggetti con sclerosi multipla, ictus, paralisi sia centrali che periferiche, miopatie degenerative, Sindrome di Parkinson, ma anche da soggetti con deficit di forza muscolare da non so o da sindrome ipocinetica.

I modelli VIVAMED 2 COMPLET della Chiesport presentano facile utilizzo, sicuro ed efficace, sono in genere in acciaio, presentano fermi per i piedi o gli arti superiori, pedane antiscivolo. Possono essere azionati con o senza motore, quest'ultimo presenta un display fisso, grande e a colori.

Standing

Si è voluto considerare un modello con ferma talloni, regolabili in intra- ed extrarotazione ed in antero-posteriore e accessoriato di cinghia, supporto delle ginocchia imbottito, tavolo estraibile e sostituibile con supporto frontale per poter eseguire alcuni esercizi o attività con gli arti superiori qualora l'utente ne fosse in grado, supporto di sostegno lombosacrale imbottito richiudibile a ribalta con maniglia accessibile e sistema di bloccaggio, e cinghia di supporto dorsale.

Per il costo, ci si limita inizialmente a scegliere uno standing manuale, che possa prevedere anche la fornitura di verticalizzazione servoassistita in caso di utenti particolarmente gravi.

(Modello Standing 100 manuale Ditta Chiesport).

Poggiapiedi in legno delle dimensioni di 32 cm x 22 cm x 16 cm di altezza.

Serve per facilitare la posizione seduta con giusta angolazione delle ginocchia, tibiotarsica e anca, e la riabilitazione mentre il paziente esegue esercizi di mobilizzazione degli arti superiori da seduto. (Ditta Chiesport).

Letto Bobath

Per eseguire trattamenti riabilitativi, il letto Bobath è un letto regolabile in altezza, a due sezioni, largo 120 cm e lungo 200 cm, testata con sistema di regolazione servoassistito da molla a gas e sezione fissa. Può essere dotato di ruote retrattili con doppio comando a pedale per il loro inserimento.

(Modello Bobath, Produttore Chiesport, cod. LB1210, schema SIVA n. 17752).

10. Scenari

Presa in carico

Alcuni ausili entrano a far parte della Struttura e possono essere utilizzati da tutti indistintamente a seconda delle esigenze dell'utente e degli operatori. In questo caso fanno parte della strumentazione generale della Struttura.

Altri ausili sono più specifici per il singolo utente. In quest'ultimo caso la prescrizione e la fornitura deve essere personalizzata dopo valutazione.

In relazione ai diversi tipi di utenti, si possono individuare diversi percorsi possibili:

- Presa in carico di utente della Casa di Riposo
- Presa in carico di utente Centro Diurno
- Presa in carico utente completamente esterno alla Struttura

Per quanto riguarda l'utente già ospite della Casa di Riposo, è possibile che abbia già, al momento dell'ingresso, gli ausili necessari al suo quadro clinico-funzionale.

In questo caso, la cosa più opportuna da fare è che il Medico Referente della Casa di Riposo che gestisce l'utente per l'aspetto internistico, segnali, al Responsabile del team l'ausilio di cui l'ospite fa uso. Il Fisiatra referente valuterà l'utente da un punto di vista funzionale per verificare l'indicazione e l'idoneità dell'ausilio; in caso affermativo ci si può limitare ad inserirlo in un archivio con scheda apposita che contenga informazioni sulla tipologia dell'ausilio, sulla provenienza in senso di prescrizione, scadenza di rinnovo, eventuale manutenzione da eseguire o necessaria.

Nel caso in cui invece il Medico referente della Casa di Riposo, ritenga utile la valutazione o necessità di ausilio, segnala sempre l'ospite al Medico Fisiatra responsabile del team ausili compilando una apposita scheda che contenga dati di massima utili alla valutazione. Successivamente si esegue valutazione dell'utente da parte del team, per individuare i bisogni, le difficoltà nella esecuzione di alcune funzioni, le proposte riabilitative per poi valutare l'ausilio idoneo, condividerlo con l'utente che lo proverà ed eseguirà un training dello stesso. Solo successivamente si passerà alla prescrizione.

Per quanto riguarda l'utente del Centro Diurno, questi potrà essere segnalato dal Medico di MG, a cui possono arrivare segnalazioni anche dalla famiglia, care giver o altri operatori esterni. Lo stesso Medico di MG compilerà una scheda di segnalazione dell'utente con le sue indicazioni riguardo alle esigenze dell'utente. Il tutto afferirà al Medico Fisiatra responsabile del team ausili che inserirà l'utente nel percorso ausili. In questo caso sarà necessaria oltre ad una valutazione clinica dell'anziano, anche una valutazione dell'ambiente domestico dove la persona vive per rendersi conto delle difficoltà dell'ambiente. Successivamente il percorso è simile a quello dell'utente della Casa di Riposo, sia per quanto riguarda la prova, addestramento che prescrizione.

L'utente esterno alla struttura, può essere preso in carico dal team del percorso ausili su segnalazione del Medico di MG che lo segue, di Specialisti, e tramite questi di altri operatori socio-sanitari. Anche qui previa compilazione di una scheda riportante i dati dell'utente, il Medico Fisiatra responsabile del team, previa valutazione dell'utente, lo prenderà in carico inserendolo nel percorso ausili.

11. Piano economico

Personale

Per quanto riguarda il costo del personale si propone di utilizzare personale già in organico, almeno inizialmente per quanto riguarda le figure professionali già presenti, come il medico Fisiatra, il Fisioterapista, l'Infermiere Professionale, l'Operatore Tecnico dell'Assistenza, la Neuropsicologa e l'Assistente Sociale. Queste figure potrebbero essere impegnate, almeno inizialmente in condivisione con le U.O. dove stanno già ricoprendo il loro ruolo, prima di entrare a far parte completamente della Struttura Residenziale.

Potrà essere rimandata l'assunzione del Tecnico Ortopedico, il Terapista Occupazionale e la Logopedista, figure non previste, allo stato attuale, nell'organico dell'Istituto di Sicurezza Sociale. Il loro inserimento potrebbe essere successivo, ammortizzando negli anni la spesa. Si fa notare come l'eventuale posizione libero-professionale prevede una maggiorazione del 20% del costo rispetto al costo del personale in organico.

Operato del team	Ore /sett	Tipi di intervento	
Medico Fisiatra (Aiuto)	38 h	Visite, riunione di team, valutazione ausili con fisioterapista e tecnico ortopedico Consulenze fisiatriche in Casa di Riposo	già in organico ISS da ricollocare
Fisioterapista	36 h	Riunione di team, valutazione ausilio con il medico e utente, training	già in organico ISS da ricollocare
Infermiere professionale	36 h	Riunione team Valutazione con fisiatra e fisioterapista	già in organico ISS da ricollocare
Terapista Occupazionale	36 h	Valutazione, riunione di team, terapia occupazionale	da assumere
Tecnico ortopedico	20 h	Valutazione in team, prove e modifiche dell'ausilio	da assumere
OTA	36 h	Assistenza dell'utente all'uso dell'ausilio	già in organico ISS da ricollocare
NPS	8 h	Valutazione in team, ev. trattamenti	già in organico ISS da ricollocare
Logopedista	8 h	Valutazione e trattamenti se necessari	da assumere a contratto
Segretaria	36 h	Programmazione e invio comunicazione, registrazione dati in archivio ausili, rispondere al telefono	già in organico ISS da ricollocare
Assistente sociale	15 h	Collegamento tra utente, care giver, famiglia, istituzioni, sistema sanitario	già in organico ISS da ricollocare

La tabella seguente riporta l'eventuale ripartizione delle ore di lavoro dei vari operatori per le diverse attività:

Operatori del team	Consulenza, valutazioni	Riunione di equipe	Pianificazione del progetto, relazioni relative	Informazioni	Terapia, training	totale
Medico Fisiatra	15 h	8 h	7 h	8 h		38 h
Fisioterapista	8 h	8 h	3	8 h	9	36 h
Terapista Occupazionale	8 h	8 h	3	8 h	9 h	36 h
Tecnico ortopedico	8 h	6 h	2 h		4 h	20 h
OTA	8 h	8 h	3 h	8 h	9 h	36 h
Infermiere professionale	8 h	8 h	3 h	8 h	9 h	36 h
NPS	2 h	4 h	2 h			8 h
Logopedista	2 h	4 h	2 h			8 h
Segretaria		8 h	13 h	15 h		36 h
Assistente sociale	3 h	8 h	4 h	5 h		20 h

Un costo sicuramente da considerare è quello riguardante la qualificazione delle varie figure del team. In questo senso si propone la frequenza al Corso di Perfezionamento Universitario sulle Tecnologie assistive dell'Università di Milano. Essendo il costo superiore alla somma annualmente prevista dal PAF (Piano Annuale di Formazione) deliberata dall'ISS, si propone di dilazionare il costo

nell'arco dei primi due anni, facendo iscrivere, ad esempio, tre componenti del team per anno, mentre agli altri viene riservata solo la somma relativa all'aggiornamento annuale. In questo modo si contiene la spesa annuale dilazionandola nel tempo, fintanto che tutte le figure professionali principali non abbiano avuto un adeguato addestramento di base.

Il costo del corso ammonta a circa 2000 euro a persona. Mentre per l'aggiornamento annuale si preventivano circa 500 euro per i tecnici e 1000 euro per il medico.

Per il primo, così come per il secondo anno, il costo dell'aggiornamento sarebbe maggiorato di 4500 euro rispetto alla previsione del PAF stabilito dal Comitato Esecutivo dell'ISS.

Operato del team	I anno		II anno	
	Costo Corso Universitario	Costo aggiornamento annuo	Costo Corso Universitario	Costo aggiornamento annuo
Medico Fisiatra	2000 euro			1000 euro
Fisioterapista	2000 euro			500 euro
Terapista Occupazionale	2000 euro			500 euro
Tecnico Ortopedico		500 euro	2000 euro	
Infermiere professionale		500 euro	2000 euro	
OTA				
NPS		500 euro		500 euro
Logopedista		500 euro	200 euro	500 euro
Segretaria				
Assistente sociale		500 euro		500 euro
TOTALE	6000 euro	2500 euro	6000 euro	3500
TOTALE	8500 euro		8500 euro	

Come già accennato, per il progetto in questione sono necessarie le assunzioni di alcune figure completamente mancanti nel personale a disposizione dell'ISS.: un Tecnico Ortopedico, un Terapista Occupazionale e una Logopedista. Il costo annuale dei relativi stipendi, a tempo pieno, del Terapista Occupazionale, è di circa 30.000 euro annui, mentre il costo della Logopedista, considerando 8 ore settimanali ammonta a circa 7300 euro all'anno, quello del Tecnico Ortopedico, considerate 20 ore settimanali è di 18.200. Il totale corrisponde a 45.500 euro all'anno.

Struttura

Per quanto riguarda i costi relativi alla struttura si precisa che non sono necessarie modifiche per la predisposizione dei locali in quanto, di fatto, la Struttura è ancora in fase di costruzione, cosa che permette di intervenire senza eccessivi costi aggiunti.

Ausili

Per quanto riguarda gli ausili, si potrebbe pensare di dilazionare l'acquisto su due anni, partendo sicuramente dalla fornitura della Casa di Riposo e, se possibile, da alcuni componenti, del Centro Diurno. In un secondo tempo si potrebbe passare all'acquisto delle attrezzature individuate per l'Ausilioteca. I fondi relativi all'acquisto di questi materiali, in parte saranno a carico dell'ISS., mentre per la restante, forse il contingente maggiore ci si rivolgerà alla Fondazione Cassa di Risparmio.

Diversa è la fornitura delle attrezzature della Palestra Riabilitativa per la quale è già stata avanzata una proposta di intervento ai Fondi Sociali, vista la proposta di condivisione con l'Associazione Pensionati. Di seguito si è cercato di riportare il dettaglio di spesa delle varie attrezzature.

Ausili Casa di Riposo

Tipo di ausilio	costo singolo	quantità	totale
Letti polifunzionali basculanti	5.300	5	26.500
Letti articolati a 3 snodi elettrici	1.500	15	22.500
Letti articolati a 3 snodi manuali	250	30	7.500
Cuscini di postura		12	2.500
Telo antiscivolo	150	10	1.500
Disco girevole	126	2	352
Asse di trasferimento	110	2	220
Alzacoperte	69	10	690
Sollevapersone	6.135	2	12.270
Carrozine standard	290	5	1.450
Carrozine da trasporto leggere	550	5	2.250
Carrozine polifunzionali	1.200	4	4.800
Carrozine per l'igiene, sedie da doccia	410	3	1.230
Poltrone relax elevabile a 2 motori elettriche	1.600	5	8.000
Poltrone relax elevabile manuale	1.200	15	18.000
Poggiapiedi	25	10	250
Stampante e PC	1.000	1	1.000
Scrivania per ausilioteca	250	1	250
Scaffali per ausilioteca	600	2	1.200
Sedie per riunione	100	15	1.000
Tavolo per riunione	900	1	900
TOTALE			98.162

Ausili Centro Diurno

Tipo di ausilio	costo singolo	quantità	Totale euro
Poltrone relax elettriche	1.600	5	8.000
Poltrone relax manuali	1.200	15	18.000
Ingranditori per ipovedenti		1	
Tavolo funzionale con incavo	735 euro	5	3.675
Quadro per ergoterapia	320 euro	1	320
Set da ergoterapia	1.100 euro	1	1.100
Cucina assistita	10.000 euro	1	10.000
TOTALE			23.095

Ausili Ausilioteca

Tipo di ausilio	Costo singolo	quantità	Totale euro
Bastoni legno	10	5	50
Bastoni alluminio	15	5	75
tripode	25	5	125
tetrapode	25	5	125
Deambulari Walker F	225	1	225
Deambulatore Walker AF	265	1	265
Deambulatore Walzer lift	555	1	555
Deambulatori snodato con puntali	60	1	60
Deambulatore snodato con ruote per esterno	100	1	100
Carrozine leggere pieghevoli	290	2	580
Carrozine polifunzionali	1.200	1	1.200
Carrozine standard	550	1	550
Carrozine per toilette e doccia	410	1	410
Cicloergometro mod Vivamed 2 completo con fermapiedi e regolabile in altezza	5.060	1	5.060
Standing mod. Standing up 100 manuale	1.300	1	1.300
TOTALE			10.680

Palestra

Tipo di ausilio	Costo singolo	quantità	totale
Parallele mod Plus 2 mt	1.155	1	1.155
Carrello per parallele	404	2	808
Scale con pedana + rampa lunga+ rampa corta	6.000	1	6.000
Tappeti mod hercules	230	10	2.300
Spalliere svedesi doppia	434	3	1.302
Specchio liscio 100x200 cm H	274	1	274
Cyclette mod Polo S	309	1	309
Cyclette mod Paso 307 R	570	570	570
bastoni	4,50	15	45
ergolina	395	1	395
Letto Bobath elettrico cm 120 x 200 H	2.050	1	2.050
Tavole oscillanti	104	2	208
Tavola oscillante semplice	60	2	120
Dondolo Bobath P piccolo	168	2	336
Palloni Gymnic cm 55	17	10	170
Palloni Gymnic cm 75	24	10	240
Palloni SoftGym 26x10 cm	4	10	40
Cuscini di posizionamento rettangolare 40x40x10H	25	2	50
Cuscini di posizionamento rettangolare 40x40x40H	73	2	146
Cuscini di posizionamento cilindrico 50x15 diam	73	2	146
Cuscini di posizionamento cilindrico 100x25 diam	65	2	130
Cuscini di posizionamento semi cilindrico	54	2	108
Cuscini di posizionamento con foro	52	2	104
Cicloergometro mod Vivamed 2 completo con fermapiedi e regolabile in altezza	5.060	1	5.060
Standing mod. Standing up 100 manuale	1.300	1	1.300
TOTALE			23.266

Riassumendo la tabella seguente mostra il costo degli ausili.

COSTO AUSILI				
	I anno	II anno	III anno	IV anno
Ausili Casa di Riposo	98.162			
Ausili Centro Diurno	23.095			
Palestra Riabilitativa	23.266	-	-	-
Ausilioteca	10.680			
Manutenzione ausili	3.000	3.000	3.000	3.000
totale	158.203	3.000	3.000	3.000

Non si esclude di proporre un programma di acquisto distribuito in più anni in modo da dilazionare la spesa iniziale, nel caso in cui le disponibilità economiche non riescano a coprire tutte le esigenze.

La tabella successiva mostra i costi complessivi considerati:

COSTI COMPLESSIVI				
tipologia	I anno	II anno	III anno	IV anno
Personale nuova assunzione	45.500	45.500	45.500	45.500
Corsi universitari	6.000	6.000	6.000	6.000
Corsi aggiornamento	2.500	3.500	3.500	3.500
Ausili Casa di Riposo	98.162			
Ausili Centro Diurno	23.095			
Palestra Riabilitativa	23.266	-	-	-
Ausilioteca	10.680			
Manutenzione ausili	3.000	3.000	3.000	3.000
Struttura	-	-	-	-
TOTALE	212.403	57.500	58.000	58.000

12. Strumenti di lavoro

Protocolli di lavoro

Un protocollo di lavoro per dotare la Struttura residenziale di ausili potrebbe consistere delle seguenti fasi:

- verificare la normativa vigente in termini di accessibilità e accreditamento
- verificare con l'Architetto e il Coordinatore della Fondazione Casale la Fiorina se le caratteristiche esigenze della struttura corrispondano alle esigenze del progetto
- verificare e valutare la tipologia di utenti
- valutare i bisogni maggiormente presenti nell'anziano che accede alla struttura
- individuazione degli ausili principali sia per quanto riguarda la Casa di Riposo che il Centro Diurno che la Palestra Riabilitativa annessa alla struttura
- formulare una scheda tecnica dell'ausilio (marca, modello, data di acquisto e ditta fornitrice) della Struttura per archiviazione (vedi allegato n. 3)
- richiesta preventivi ditte fornitrici
- identificazione delle risorse disponibili o programmabili nel tempo
- programmazione della spesa e acquisto degli ausili in base alle risorse del momento.

Per quanto riguarda invece il protocollo di prescrizione ed eventuale consulenza ausili, questo potrebbe prevedere:

- valutazione scheda di segnalazione utente inviata al medico responsabile degli ausili, con dati personali dell'utente, relazione clinica redatta ad opera del medico inviante (medico interno alla struttura, medico di MG o altri specialisti). Questa scheda è da progettare in relazione alla tipologia di utenti della Repubblica di San Marino (vedi allegato n. 4)
- presa visione della scheda da parte del medico fisiatra responsabile del team ausili per valutazione del caso, eventuale richiesta di chiarimenti al medico inviante
- consulenza fisiatrica dell'anziano per:
 - colloquio di orientamento con l'utente, familiari, care giver, addetti all'assistenza per valutare il bisogno ed eventuale disponibilità al trattamento e il contesto in cui l'anziano vive (casa di riposo o ambiente familiare)
 - progettazione del percorso dell'utente con:
 - prima identificazione del bisogno reale presumibilmente migliorabile con l'ausilio
 - valutazione clinica fisiatrica, eventuali approfondimenti diagnostici
 - richiesta eventuali consulenze di altri specialisti o altre figure

Dopo valutazione, si può procedere in questo modo:

- nei casi semplici: prescrizione diretta dell'ausilio ed eventuale addestramento da parte del fisioterapista
- nei casi complessi: riunione di team con presentazione del caso da parte del medico fisiatra responsabile, poi riunione tra team e l'utente, care giver o addetto all'assistente; identificazione del bisogno eventualmente modificabile con l'ausilio; ipotesi dell'ausilio più adatto; eventuale consulenza con tecnico ortopedico per progettare l'ausilio più adatto; valutazione pratica fino alla scelta più idonea (ev. anche con video), addestramento con fisioterapista e care giver.
- prova dell'ausilio per un tempo da definire e indicare
- nuovo incontro per ridefinire la situazione
- definizione finale dell'ausilio e definizione del suo costo se costruito su misura,
- prescrizione definitiva
- stesura relazione
- registrazione dello stesso nell'archivio
- successivo follow up per rivalutazione a 3 -6 mesi e 1 anno

Modulistica da utilizzare.

Di seguito si elencano la modulistica che di volta in volta potrà essere utile come strumento di lavoro per il progetto:

- scheda di segnalazione ausilio già in uso degli utenti della Casa di Riposo (anche se si tratta di ausilio prescritto altrove)
- scheda dell'ausilio con la specifica delle sue caratteristiche tecniche (marca, modello, anno prescrizione, eventuali modifiche o riparazioni eseguite) (vedi allegato n.3)
- scheda di segnalazione bisogno di ausilio, sia per utenti interni alla Casa di Riposo che proveniente dal Centro Diurno (vedi allegato n.4);
- scheda di analisi delle attività di vita quotidiana (tratta da EUSTAT 1999) (vedi allegato n. 5). Questa scheda, per le voci che contiene risulta valida più che altro per gli utenti del Centro Diurno, rimane meno utile per gli ospiti della Casa di Riposo
- scheda di analisi specifica delle attività (tratta da EUSTAT 1999) (vedi allegato n 6)
- scheda valutazione dei bisogni dell'ausilio (da estrarre e adattare allo strumento IPPA checklist)
- valutazione efficacia dell'ausilio (outcome dell'ausilio): da estrarre e adattare dallo strumento IPPA con 2 valutazioni a distanza di circa 3-6 mesi dalla consegna definitiva (Wessels et al, 2002).

Per quanto riguarda la stima dei costi individuali si può far riferimento alla

- scheda valutazione costi/risultati: foglio di lavoro SCAI per la stima dei costi sociali aggiuntivi dovuti al mancato intervento (Andrich 2004).

Per quando riguarda la valutazione dell'outcome, se l'utente presenta capacità cognitive e livello intellettuale adeguato si possono prendere in considerazione la formulazione di schede estratte da:

- questionario valutazione qualità percepita dall'utente riguardo l'ausilio ricevuto (estratto dal questionario QUEST) (Andrich 2008; Demers 2004).
- questionario estratto dallo strumento di misura dell'impatto psicologico e percezione di cambiamento ottenuto con l'ausilio (estratto dal questionario PIADS) (Andrich, 2008; Jutay e Day, 2004).

Bibliografia

- Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare per l'autonomia*. Firenze: Giunti O.S.
- Andrich R (2008): Dispense Corso di Perfezionamento *Tecnologie per l'Autonomia e l'Integrazione sociale delle persone disabili*. Milano: Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi, a.a. 2007-2008
- Andrich R, Moi M (2004): *Quanto costano gli ausili? Lo strumento SCAI: Manuale per l'analisi dei costi nei progetti individualizzati di sostegno alla vita indipendente*. Milano: Fondazione Don Gnocchi
- Brodin H, Persson J (1995): *Cost-Utility analysis of assistive technology in the European Commission's TIDE program*. International Journal of Technology Assessment in Health Care 11(2): 276-283
- Chinesport (2008): *Catalogo generale*. Udine: Chinesport
- Consorzio EUSTAT (1999): *Tecnologie per l'Autonomia: linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea
- De Witte L, Knops H, Pyfers L, Andrich R, Parker M, Forsberg S (1994): *European Service delivery systems in rehabilitation technology*. Hoensbroek, IRV
- Demers L, Weiss-Lambrou R, e Ska B, (2004): *The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0): An Overview and recent progress*. Technology and Disability 14: 101-105.
- Jutai J, Day H, (2004): *Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale (PIADS)*. Technology and Disability 14:107-111
- AA.VV. (2006): *Progettare: il mondo che cambia*. Anno II -2006. Arstudio Editore
- Wessels R, Persson J, Lorentsen O, Andrich R, Ferrario M, Oortwijn W, Van Beekum T, Brodin H, de Witte L (2002): *Ippa: individual prioritised problem assessment*". Technology and Disability 14: 141-145
- World Health Organisation (2001): *ICF – International Classification of Functioning, Disability and Health*. WHO, Geneve

Sitografia

- www.conigliograndeegenerale.sm
- www.internisegreteria.sm
- www.sanmarinokey.com/istituzione-san_marino
- www.rsm-site.it
- www.sanmarinosalute.sm
- www.siva.it

ALLEGATO 1

La **SUMS** è una società che nasce a San Marino nel 1876, ispirata da sentite esigenze della classe operaia di “*sovvenirsi reciprocamente in caso di malattia e promuovere la moralità e il benessere comune*”. E’ stata la prima forma di assistenza e previdenza sociale che veniva organizzata a San Marino. Da allora sono passati 130 anni e la SUMS è oggi una realtà ancora presente con ruoli determinanti nelle vicende del paese, specie negli anni difficili dell’inizio del ‘900, con la presidenza di Pietro Franciosi, anima del sodalizio per oltre 25 anni, durante i quali si misero in atto in pieno i principi ispiratori della Società. Gli interventi più significativi della SUMS, che hanno lasciato un segno nella storia della vita sociale di San Marino, e che si possono ricordare sono:

- la fondazione della Cassa di Risparmio di San Marino nel 1882, alla quale il sodalizio è rimasto sempre collegato con rapporto materno,
- la realizzazione del “Silo Molino Forno” nel 1939, che ha contribuito a sfamare i cittadini sammarinesi ed i centomila rifugiati della Seconda Guerra Mondiale;
- la costruzione del Palazzo Mutuo Soccorso nel centro storico di San Marino, nel 1939, opera di notevole valore architettonico di Vittorio Gregorotti;
- la convenzione con lo Stato nel 1999 per la realizzazione della “Casa Residenziale per Anziani” in località Fiorina, di cui è oggetto la presente tesi;
- la costruzione, nel 2005, insieme ad altri enti sammarinesi e riminesi sensibili ai problemi sociali, della “Banca Etica Adriatica”.

A distanza di 130 anni, dalla sua fondazione, la SUMS, che conta 1.300 iscritti, non ha esaurito il suo ruolo. Anzi, è sempre attenta e presente alle necessità del Paese, e la realizzazione della Casa Residenziale per Anziani è un’opera che in tal senso lascerà una significativa testimonianza nella storia sammarinese.

L’idea di realizzare una Struttura Residenziale con annesso Centro Diurno per anziani è nata nel 2001 grazie alla SUMS (Società Unione Mutuo Soccorso) ente presente sul territorio della Repubblica, con lo scopo di garantire l’assistenza ad anziani prevalentemente non autosufficienti.

La SUMS ha quindi istituito un bando di concorso di progettazione per valutare la fattibilità dell’intervento. Il progetto è risultato realizzabile, è stato quindi approvato ed è stato dato incarico di realizzazione ad una équipe di professionisti.

La **Fondazione “Casale la Fiorina”**, fondata nel 1999, ha come scopo principale la progettazione, realizzazione e gestione del complesso residenziale nel quale ospitare ed assistere persone anziane, creando, nel contempo un luogo nel quale possano trovare espressione i principi di fratellanza e solidarietà in uno spirito di aggregazione e concordia. E’ diretta da un Consiglio di Amministrazione con una composizione paritaria tra pubblico e privato: cinque membri nominati dal Congresso di Stato della Repubblica di San Marino e cinque nominati dalla SUMS.

ALLEGATO 2

La Repubblica di San Marino, la più antica Repubblica e il terzo Stato più piccolo del mondo, ha una storia che risale al 301 d.C..

La leggenda ci tramanda che Marino, esperto tagliapietre, venuto dalla natia isola di Arbe in Dalmazia, salì sul Monte Titano dove fondò, al tempo dell'Imperatore Diocleziano, una piccola comunità di Cristiani perseguitati per la loro fede.

E' certo che la zona fu abitata fin dai tempi preistorici, ma è solo dall'età medievale che si hanno notizie certe sulla esistenza di un Cenobio, di una Pieve, di un Castello, e di altri elementi che confermano che sulla vetta del Monte Titano esisteva una Comunità organizzata.

Nel corso degli anni la piccola Comunità del Monte Titano, memore della figura leggendaria del tagliapietre, mestiere ancora in uso con il nome di "scalpellino", si chiamò "Terra dei San Marino", poi Comune di San Marino, e infine "Repubblica di San Marino". Queste sono le origini del corpo sociale che affidò il proprio autogoverno ad una assemblea di capi famiglia, cui venne dato il nome di Arengo, presieduto da un Rettore. A tale assemblea nel culto della pace e della concordia si deve la definizione delle prime leggi e gli Statuti, ispirati a principi democratici.

Mentre il corpo sociale cresceva, a condividere la responsabilità dell'esecutivo, accanto al Rettore, venne nominato un Capitano Difensore. Ma fu solo nel 1243 che si nominarono i primi due Consoli, cioè i Capitani Reggenti che si avvicendarono al potere ogni sei mesi ininterrottamente fino ai giorni nostri, confermando la validità e l'efficienza delle istituzioni, prima fra tutte quella Reggenziale.

Ed è per merito della saggezza che ispirò l'antico Comune Sammarinese che il corpo sociale seppe fronteggiare pericolose situazioni e consolidare la propria indipendenza. Le vicende furono complesse e difficili e gli esiti talvolta incerti, ma l'amore della libertà contribuì infine a conservare il patrimonio di autonomia di cui il Comune godeva.

Più volte l'indipendenza di San Marino fu minacciata nel corso dei secoli, ma i Sammarinesi riuscirono a mantenere la loro libertà in nome di un NEMINI TENERI, che significa "non dipendere da nessuno", cioè "libertà" nel linguaggio medievale, proclamato da Marino sul Monte Titano.

Significative, infatti, furono le contese coi Vescovi del Montefeltro che pretendevano il pagamento del tributo; ma alla fine i sammarinesi prevalsero conseguendo l'indipendenza politico-amministrativa. I sammarinesi difesero le mura della loro città con le leggendarie balestre e parteciparono alle lotte a fianco dei Montefeltro di Urbino, fautori del partito ghibellino.

Il territorio di San Marino si estendeva nel medioevo a breve distanza dal Monte Titano e tale rimase fino al 1463, quando fu ampliato dei Castelli di Fiorentino, Montegiardino e Serravalle, attribuiti da Papa Pio II come ricompensa del fatto che i Sammarinesi presero parte alla vittoriosa guerra contro Sigismondo Pandolfo Malatesta, Signore di Rimini. Il territorio di Faetano entrò invece a far parte di San Marino per dedizione spontanea.

Dal 1463 il territorio è rimasto invariato.

Due volte la Repubblica fu occupata militarmente, ma solo per pochi mesi: nel 1503 da Cesare Borgia, detto Valentino, da cui riuscì a liberarsi per la morte del tiranno, e nel 1739 dal Cardinale Giulio Alberoni, da cui seppe sottrarsi per la disobbedienza civile al sopruso e inviando clandestinamente messaggi per ottenere giustizia, al Sommo Pontefice, che riconobbe il buon diritto di San Marino e ne ripristinò l'indipendenza.

Napoleone nel 1797 offrì, in cambio di amicizia, l'estensione del territorio sul Mare Adriatico, ma i Sammarinesi rifiutarono "paghi dei loro confini".

Lincoln nel 1861 dimostrò la sua simpatia e la sua amicizia per San Marino scrivendo, tra l'altro, ai Capitani Reggenti: "*Benché il Vostro dominio sia piccolo, nondimeno il Vostro Stato è uno dei più onorati della storia.*"

San Marino vanta una tradizione di eccezionale ospitalità; in questa terra di libertà non fu infatti mai negato il diritto d'asilo e l'aiuto ai perseguitati dalla sventura e dalla tirannide, qualunque fossero le loro condizioni e le loro idee, tra cui Giuseppe Garibaldi, che nel 1849, circondato da tre eserciti dopo la caduta della Repubblica Romana, trovò salvezza insieme ai suoi compagni superstiti. Durante l'ultimo conflitto mondiale San Marino ospitò oltre 100.000 rifugiati.

Ed è questa la più alta affermazione del NEMINI TENERI, l'idea di libertà, concepita sul Titano, nel silenzio dell'isolamento da un pugno di montanari, accanto al sacello di un Santo, nei primi secoli del Medioevo cristiano.

E' poi difesa con ogni mezzo e verso tutti, fino ad avere il riconoscimento di tutti.

Oggi la Repubblica di San Marino, indipendente, democratica e neutrale continua a vivere fedele alle antiche tradizioni e sempre più sensibile alle istanze di libertà.

Oramai San Marino è una realtà politica accettata a livello internazionale, con proprio riconoscimento giuridico. A partire dal 1971 nomina ambasciatori. Ha avuto un riconoscimento e un posto anche in organismi come il Consiglio d'Europa, nella CSCE, ed è membro dell'ONU, organizzazione in cui tutti i paesi membri sono uguali, indipendentemente dalle dimensioni e dalla collocazione geografica. Recentemente è stata anche dichiarata patrimonio dell'Unesco.

Da un punto di vista istituzionale e politico la Repubblica di San Marino ha una sua data riportata accanto a quella di uso corrente, su tutti i documenti ufficiali, atti, decreti, e che parte dal 3-09-301 d.C., cioè data di fondazione della Repubblica; gode di una propria nazionalità; e di una propria legislazione. Non ha una propria carta costituzionale scritta, ma riconosce negli statuti, nelle leggi, nel diritto comune e nella consuetudine, i propri riferimenti normativi.

E' del 1974 una "*Dichiarazione dei diritti dei Cittadini e dei principi fondamentali dell'ordinamento sammarinese*", che definisce funzioni e competenze degli organi costituzionali e riconferma le scelte di fondo che la Repubblica ha sempre operato sul versante della inviolabilità dei diritti della persona, dell'uguaglianza di fronte alle leggi, dell'esercizio sul suffragio universale segreto e diretto, del riconoscimento della libertà civile e politica. Tale dichiarazione è stata aggiornata nel 2002.

La Repubblica di San Marino è uno Stato sovrano la cui figura e funzione di Capo dello Stato è esercitata, in base al principio di collegialità, da due Capitani Reggenti che restano in carica sei mesi e vengono nominati, il 1° di Aprile e il 1° di Ottobre di ogni anno, dal Consiglio Grande e Generale; essi rappresentano lo Stato nella sua unità e sono i supremi garanti dell'ordinamento costituzionale.

L'organo legislativo è costituito dal Consiglio Grande e Generale, composto da 60 membri eletti per suffragio universale ogni cinque anni (o quando, per qualsiasi causa viene a perdere la metà più uno dei suoi membri). Il Consiglio Grande e Generale rappresenta l'assemblea parlamentare della Repubblica di San Marino, si riunisce almeno una volta al mese nel Palazzo Pubblico (l'antica casa del Comune situata nel centro storico di San Marino); ha funzioni di indirizzo politico, giurisdizionale e amministrative. Nomina tutti gli organismi istituzionali. E' convocato e presieduto dai Capitani Reggenti che ne stabiliscono anche l'ordine del giorno, sentito l'Ufficio di Presidenza del Consiglio. Questo è un organismo presieduto sempre dai Capitani Reggenti, a cui partecipano i rappresentanti di tutti i gruppi politici presenti in Consiglio. Le sedute consiliari sono pubbliche ad eccezione dei casi previsti dalla legge. Per essere eletto membro del Consiglio Grande e Generale occorre avere compiuto 21 anni, avere un domicilio nel territorio della Repubblica, non fare parte dei Corpi di Polizia, non essere agente diplomatico o consolare, né Magistrato o Procuratore del Fisco.

Il Consiglio è coadiuvato dalle Commissioni Consiliari Permanenti, istituite con legge 21 marzo 1995 n. 42.

L'organismo esecutivo è il Congresso di Stato, il numero dei suoi componenti può essere determinato in sede di formazione di maggioranza, con presa d'atto del Consiglio Grande e Generale. I membri del Congresso di Stato o Governo, sono i Segretari di Stato (corrispondenti dei Ministri).

Il Consiglio è coadiuvato dalle Commissioni Consiliari Permanenti, istituite per Legge n. 42 del 21 marzo 1995. Le Commissioni Consiliari Permanenti sono cinque:

- Commissione Affari Costituzionali e Istituzionali; ordinamento dello Stato e della pubblica amministrazione; protezione civile; affari interni; rapporti con le Giunte di Castello.
- Commissione affari esteri; emigrazione e immigrazione; informazione; trasporti e telecomunicazioni; sicurezza e ordine pubblico
- Commissione finanze, bilancio e programmazione; artigianato; industria e cooperazione economica; commercio; lavoro e occupazione
- Commissione previdenza e sicurezza sociale; affari sociali; igiene e sanità; territorio; ambiente; lavori pubblici e servizi pubblici; agricoltura.
- Commissione giustizia; istruzione, cultura e beni culturali; università e ricerca scientifica; sport; turismo.

- Ogni Commissione è composta da 16 membri nominati in forma proporzionale tra i Gruppi Consiliari e le liste rappresentate in Consiglio. Le Commissioni Consiliari Permanenti hanno compiti complementari a quelli del Consiglio Grande e Generale per l'esame e l'approvazione di progetti di legge e di mozioni da sottoporre al Consiglio Grande e Generale.
(www.sanmarinokey.com/istituzione-san_marino, www.rsm-site.it)

ALLEGATO 3

Scheda dell'ausilio già in uso dall'utente ospite della Casa di Riposo

DATI ANAGRAFICI	
Nome	
Cognome	
Cod ISS.	
Data di nascita	
residenza	
UTENTE	
Tipo di ausilio	Cod.
Marca	
Modello	
Accessori	cod
Ditta fornitrice	
Prezzo	
Modifiche eseguite	data
Scadenza rinnovabilità	
PRESCRIZIONE	
Data di prescrizione	medico
Motivo della prescrizione	
Esigenze funzionali dell'utente	
Obiettivo e motivo della prescrizione	

ALLEGATO 4

Modulo segnalazione utente per valutazione ausili

DATI ANAGRAFICI
Nome
Cognome
Cod ISS.
Data di nascita
Residenza
DATI ANAMNESTICI
Ricoveri precedenti con breve sintesi del decorso se degna di nota, diagnosi di dimissione, complicanze
Patologie rilevanti associate
Terapia in atto
Valutazione clinico funzionale
DATI ASSISTENZIALI
Stato di coscienza: <ul style="list-style-type: none">- stato saporoso- confuso- disorientato- lucido- vigile- collaborante
Disturbi del comportamento: <ul style="list-style-type: none">- agitazione psicomotoria- aggressività- inerzia
Cammino <ul style="list-style-type: none">- allettato- in carrozzina- deambula con ausilio- deambula con aiuto- autonomo
Dispositivi di cui necessita: <ul style="list-style-type: none">- sponde di contenzione al letto- contenzione in carrozzina- materasso antidecubito- uso del pannolone- catetere vescicale

<ul style="list-style-type: none"> - PEG - Sondino N/G - CVC - Ossigenoterapia
<p>Autonomia nelle ADL:</p> <ul style="list-style-type: none"> - alimentazione - uso del WC - vestirsi - trasferimenti - deambulazione - passaggi posturali
<p>DATI SOCIALI</p>
<p>Presenza dei familiari/care giver</p>
<p>PROGETTO RIABILITATIVO CHE SI RICHIEDE</p>
<p>Necessità funzionali Esigenze utente Esigenze familiari Esigenze care giver Obiettivi terapeutici che si vogliono raggiungere</p>

Data

Firma del Medico Inviante

ALLEGATO 5

ANALISI GENERALI

DELLE ATTIVITA' DI VITA QUOTIDIANA

(Tratto da EUSTAT 1999)

Tipo di attività

TIPO di ATTIVITA'	POSSIBILITA' o MENO DI ESECUZIONE, PROBLEMI RINCONTRATI
1- muoversi, entrare, uscire di casa	
2- Coricarsi, alzarsi dal letto, cambiare posizione	
3- andare in bagno	
4- cura del corpo	
5- attività sessuale	
6- vestirsi e svestirsi	
7- preparare la colazione, pranzo e cena	
8- consumare i pasti	
9- rigovernare dopo colazione, pranzo e cena	
10- comunicare	
11- uso del computer	
12- tenere i conti di casa	
13- guardare la TV, ascoltare la radio	
14- usare i trasporti	
15- fare acquisti	
16- fare acquisti	
17- attività ricreative	
18- pulizie di casa	
19- fare il bucato	
20 cura dei bambini (nipotini)	
21- manutenzione della casa	
22- giardinaggio	
23- altre attività	

ALLEGATO 6

ANALISI SPECIFICA DELLE ATTIVITA'

(Tratto da EUSTAT 1999)

ATTIVITA'	DESCRIZIONE	RELAZIONE CON ALTRE ATTIVITA'
.....
Problemi legati alla attività: perché, quando, dove e come		
Descrivere le circostanze e il luogo in cui si svolge l'attività: interno/esterno locale grande/piccolo estate/inverso Spesso/raramente Da solo /con altri		
Futuro: Pensi che la situazione possa cambiare nei prossimi 5-10 anni? Questo cambiamento influirà le tue attività e come?		
Definisci le tue richieste; cosa vorresti per risolvere i tuoi problemi cosa pensano la tua famiglia e amici al riguardo		
Importanza della attività: molto importante per me non molto importante non me ne importa se posso avere un aiuto personale non me ne importa affatto		