



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

Il percorso-ausili nella ristrutturazione della S.C.ARTD dell'Azienda ULSS 9 di Treviso

CANDIDATO: Alberto Pietrobon

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract: *Il progetto nasce dal bisogno di offrire una risposta adeguata riguardo alla modalità di presa in carico e prescrizione di ausili per il paziente che afferisce alla Struttura Complessa di Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari (S.C.ARTD) del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza dell'Azienda ULSS 9 di Treviso (Regione del Veneto). Dopo un'analisi dei percorsi e delle procedure esistenti, questo elaborato si propone di formulare una proposta riorganizzativa e gestionale funzionale ad una migliore risposta ai bisogni riabilitativi dell'utenza. Vengono individuati e codificati i momenti che definiscono il "percorso ausili" che va dalla valutazione e presa in carico del paziente, alla verifica e monitoraggio dell'efficacia dell'ausilio nelle reali condizioni di utilizzo. Momenti importanti del processo di ristrutturazione del servizio sono: la valorizzazione delle diverse competenze professionali attraverso la valutazione multidisciplinare del paziente; lo scambio di conoscenze ed informazioni attraverso l'istituzione di riunioni di team; il coinvolgimento del paziente e dei familiari supportato da una corretta informazione grazie all'attivazione di uno Sportello Barriere Architettoniche e l'implementazione di un piccolo parco ausili per prova; il follow up per verificare le reali condizioni d'uso dell'ausilio.*

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico**

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

1. Sintesi

Scopo del progetto

Il progetto nasce dal bisogno di ridefinire adeguatamente la presa in carico e la prescrizione di ausili per il paziente che affersisce alla Struttura Complessa di Riabilitazione Territoriale e Domiciliare del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza dell'Azienda ULSS 9 di Treviso- Regione Veneto. Nell'esperienza dei fisioterapisti che lavorano a domicilio, ripetutamente è capitato di vedere a casa dei pazienti ausili (carrozine, sollevatori, letti "parcheeggiati" in un angolo ed inutilizzati. La qualità della prescrizione è prerequisite fondamentale per il successo dell'ausilio; altresì sappiamo che la qualità della prescrizione non dipende esclusivamente dalla "bravura" del medico al momento dell'atto prescrittivo, bensì dall'efficacia di tutto il processo che va dall'analisi della domanda e che passa attraverso la valutazione, presa in carico, prova, prescrizione ed addestramento all'uso dell'ausilio, per arrivare ad una verifica a distanza di tempo che accerti il reale uso dell'ausilio nell'ambiente quotidiano del paziente.

Contesto

Il territorio in cui si sviluppa il progetto è delimitato dall'area geografica definita dall'Azienda ULSS 9 di Treviso Regione Veneto, che comprende 37 Comuni divisi in 4 Distretti Socio Sanitari per un totale di 406.930 residenti assistiti.

Situazione iniziale

Da poco tempo, nell'Azienda ULSS 9 di Treviso, la competenza dell'Assistenza Domiciliare Riabilitativa è passata dai 4 Distretti Socio Sanitari distribuiti nel territorio al Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza. Il paziente affersisce al Servizio tramite:

- una richiesta del Medico di Medicina Generale
- la segnalazione di un medico Fisiatra del reparto di medicina Fisica Riabilitativa (paziente afferto ambulatorialmente o in regime di ricovero presso un qualsiasi reparto dell'ospedale prima della dimissione); questa procedura di segnalazione viene definita "Continuità Ospedale Territorio"
- dimissioni protette dall'Ospedale di Treviso o da altri Ospedali della zona

In alcuni casi, per quanto riguarda la prescrizione e l'erogazione di ausili vi sono delle criticità. Nel primo caso, dopo la richiesta da parte del Medico di Medicina Generale (che in genere porta la dicitura "Visita Fisiatrica per prescrizione ausili/presidi in paziente affetto da..."), il medico del Servizio Territoriale effettua la visita e prescrive l'ausilio. Tutto il processo, che può comprendere i momenti valutativo, progettuale e decisionale, viene sintetizzato in una visita da una sola persona (il Fisiatra).

Nel secondo caso spesso i pazienti vengono dimessi dal medico di reparto con un "pacchetto standard di ausili" che in genere comprende letto, materasso antidecubito, sollevatore e sedia wc, indipendentemente dal contesto ambientale (domicilio, accessibilità, personale di assistenza) e dalla capacità funzionale del paziente.

La prescrizione di ausili (soprattutto per quanto riguarda ausili per la mobilità come carrozine ed ausili per l'assistenza) purtroppo reitera un'abitudine consolidatasi nel tempo che risponde a logiche di tipo "risarcitorio" -"sono malato, non cammino quindi ho bisogno di...", anche e soprattutto quando l'utenza è abituata da anni ad una certa modalità di erogazione.

Situazione che si intende conseguire

L'Assistenza Domiciliare Riabilitativa è il momento del percorso riabilitativo volto al recupero della attività della vita quotidiana e/o lavorativa del paziente disabile; l'insieme degli interventi utilizza quindi come setting il contesto ambientale in cui la persona vive e lavora. Molto importanti sono tutte le figure professionali che partecipano al progetto riabilitativo. E' fondamentale però anche la partecipazione del paziente. Se il destinatario non è protagonista dei propri progetti (anche quello riabilitativo) e delle iniziative che tendono a realizzarli, difficilmente si potranno raggiungere gli obiettivi concordati.

Per fare ciò è necessario creare un "*nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione ed informazione nel settore degli ausili, nonché di dare supporto professionale personalizzato alla persona disabile, ai suoi familiari ed agli operatori che la hanno in carico nel momento di affrontare le prospettive di autonomia, o di miglioramento della qualità di vita, che possono beneficiare dell'uso di ausili*" (Andrich 1996, pag. 5).

L'Unità Operativa si propone quindi di diventare il punto clinico di riferimento:

- per il personale del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza, come centro di consulenza e di indirizzo didattico informativo metodologico in materia di ausili, ortesi e protesi.
- Per i pazienti del territorio dell'Azienda ULSS che necessitino di interventi in materia di ausili ed adattamenti ambientali a domicilio.

Interventi previsti per conseguire tale situazione

Il primo intervento è l'accentramento della centrale operativa territoriale in "luogo fisico" all'interno dell'Ospedale stesso (anzitutto la sede del Servizio era dislocata in uno dei quattro Distretti Socio Sanitari).

Viene poi individuato un professionista che perfezioni le proprie competenze per quanto riguarda gli ausili e venga inviato al Corso "Tecnologie per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale delle persone Disabili".

Vengono quindi codificati i momenti che definiscono il "percorso ausili" che va dalla valutazione e presa in carico del paziente, alla verifica e monitoraggio dell'efficacia dell'ausilio nelle reali condizioni di utilizzo. Momenti importanti del processo di ristrutturazione del servizio sono: la valorizzazione delle diverse competenze professionali attraverso la valutazione multidisciplinare del paziente; lo scambio di conoscenze ed informazioni attraverso l'istituzione di riunioni di team; il coinvolgimento del paziente e dei familiari supportato da una corretta informazione grazie all'attivazione di uno Sportello Barriere Architettoniche e l'implementazione di un piccolo parco ausili per prova; il follow up per verificare le reali condizioni d'uso dell'ausilio.

2. Premesse teoriche

La medicina riabilitativa, in sinergia con altre discipline mediche, ha come mission di riportare al più alto livello possibile di autonomia la persona colpita da disabilità, e la prescrizione di un ausilio, definita anche dal DM 332/99 all'articolo 4, è una una tappa fondamentale di un processo composto di più fasi che si inserisce nell'ambito di un progetto riabilitativo più ampio e personalizzato. La scelta di un ausilio diventa un momento importante perché lo stesso, a seconda della funzione che svolgerà, potrà avere un peso marginale oppure di primo piano per l'autonomia e l'inserimento sociale. Garantire il miglioramento clinico ed il beneficio di salute a fronte delle risorse impegnate trova ampio spazio anche nella Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (2001).

La correlazione tra ausilio ed autonomia viene ratificata anche dal modello di classificazione biopsicosociale dell'ICF (World Health Organization, 2001) che evidenzia l'importanza degli ausili come strumenti che, in determinate situazioni, risultano essere dei facilitatori per quanto riguarda l'autonomia e la partecipazione sociale: essi sono posti tra i fattori contestuali ed agiscono sulle variabili di capacità e di performance dell'individuo. *"Technical aids" o "assistive device"*, inteso come *"qualsiasi prodotto, strumento, attrezzatura o sistema tecnologico, di produzione specializzata o di comune commercio, utilizzato da una persona disabile per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione, disabilità o handicap"* (Andrich 1996, pag. 9) è definito anche dallo standard internazionale ISO 9999.

"L'adozione di un ausilio quindi non è solo un problema di scelta ma necessita di personalizzazione, di addestramento all'uso, di verifica dell'appropriatezza, purtroppo spesso si assiste ad una scelta fatta in base a valutazioni approssimative o 'per sentito dire' e quindi il rischio che l'ausilio non venga utilizzato è molto elevato con conseguente perdita di energie, denaro e speranze" (Andrich 1996, pag. 8).

Questo lavoro si propone di fornire una ipotesi di soluzione a delle criticità che attualmente esistono all'interno del Servizio di Riabilitazione Territoriale e Domiciliare dove attualmente lavoro come fisioterapista. La prescrizione continua ad essere in alcuni casi un atto isolato, con scarso raccordo tra medico prescrittore ed operatori della riabilitazione e, anche quando l'ausilio è prescritto in base ad un progetto riabilitativo, non c'è poi la possibilità di effettuare verifiche nel tempo. Si propone quindi di formulare un "percorso ausili", per i pazienti dimessi dall'ospedale o che accedono al Servizio Territoriale, che sappia dare delle risposte adeguate alle necessità dell'utenza. E' necessario quindi adeguare le forme organizzative ai bisogni.

In questa direzione si è già da qualche anno attivata la politica delle attività dell' Azienda ULSS 9 di Treviso quando nell'atto di pianificazione aziendale ha premesso che centralità della persona significa conoscere i bisogni e rispondere a questi in modo adeguato, equilibrato, integrato e concreto. E' dunque astratto, e quindi non soddisfacente al reale bisogno di salute, *"il considerare la persona come oggetto di una sommatoria di prestazioni, ciascuna delle quali possono essere soddisfacenti di per sé, ma non corrispondenti nel complesso alle necessità del cittadino"* (Azienda ULSS 9 Treviso, 2008: "Documento di Direttive", pag 6).

3. Contesto

L'Azienda ULSS 9 di Treviso - Regione Veneto conta un totale di 4921 dipendenti tra personale dipendente, personale convenzionato e a rapporto libero professionale, suddivisi in due Presidi Ospedalieri (Treviso ed Oderzo), quattro Distretti Socio-Sanitari, cinque Centri Diurni per disabili gravi, Area Servizi Sociali e Politiche Giovanili ed Area Tossicodipendenze.

Nel 2005 l'Azienda ULSS 9 di Treviso ha istituito il *Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie* che comprende le Strutture Complesse di:

- Lungodegenza
- Medicina Fisica e Riabilitazione
- Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari

"Tale Dipartimento assume forte significato di integrazione delle attività riabilitative ospedaliere e territoriale, volendo giungere ad una miglior gestione del paziente in tutto l'ambito aziendale; per tale motivo si propone l'istituzione di una apicalità per le attività riabilitative territoriali" (Azienda ULSS 9 Treviso, 2005: "Atto Aziendale". Allegato E/2, pag 15).

Viene così consolidata quella che si definisce 'continuità riabilitativa ospedale-territorio': una modalità di presa in carico che cerca di integrare i vari momenti del percorso riabilitativo di una persona dalla fase acuta della patologia, passando attraverso un eventuale periodo di ricovero nel Reparto di Riabilitazione, al reinserimento a domicilio ed all'attività quotidiana e lavorativa. Le Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari (ARTD) si sono quindi delineate come un "ponte" che unisce e collega, grazie alla continuità terapeutica, la palestra dell'ospedale al domicilio del paziente diventando un interlocutore privilegiato nella valutazione e scelta di un eventuale ausilio a domicilio.

Oltre alla 'continuità riabilitativa ospedale-territorio', le ARTD si occupano dell'assistenza protesica, ovvero della fornitura di protesi ed ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali che accedono direttamente al Servizio tramite impegnativa di visita domiciliare (DPCM "Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza", 2001). Il quadro di riferimento normativo ed operativo rimane quello specifico dell'Assistenza Domiciliare Integrata (ADI) con profilo ADI-A, Assistenza Domiciliare Riabilitativa integrata con intervento sociale (DGR n.1722 Regione Veneto, 2004). Gli obiettivi principali dell'ADI sono: favorire la deospedalizzazione, sostenere il recupero funzionale ed il mantenimento dell'autonomia, supportare il nucleo familiare, evitare e/o ritardare l'istituzionalizzazione, razionalizzare le risorse.

Le prestazioni effettuate a domicilio dal personale dell'ARTD sono suddivise in

PRESTAZIONE¹	INTENSITA' ASSISTENZIALE ADI
Prescrizione, addestramento, collaudo ausili	Media
Trattamento riabilitativo post acuto paziente neurologico	Alta
Trattamento riabilitativo post acuto paziente ortopedico	Alta
Trattamento riabilitativo post acuto paziente altre patologie	Alta
Trattamento patologie della comunicazione	Alta
Trattamento riattivativo di sindrome da allettamento recente	Alta
Cicli riabilitativi per peggioramento o prevenzione di complicanze	Media
Educazione ed addestramento	Bassa

L'assistenza distrettuale comprende tutti i servizi e le prestazioni rese alla persona che non sono riconducibili ad un ricovero ospedaliero o all'area della prevenzione. Negli ultimi anni l'Azienda ULSS 9 ha realizzato una riorganizzazione degli ambiti distrettuali, in ottemperanza alle indicazioni regionali e nazionali che hanno portato il distretto ad assumere sempre più risalto e qualificazione, soprattutto con la finalità di migliorare i livelli di integrazione socio-sanitaria in ambito locale.

¹ DGR n. 1722 Regione Veneto. Allegato 1. 2004

Il progressivo aumento dell'età media della popolazione e l'aumentare delle patologie cronicodegenerative hanno portato ad un “*incremento del numero di utenti cui sono stati forniti protesi ed ausili*” (Azienda ULSS 9 Treviso, 2007: "Bilancio di Mandato", pag.93).

ANNO	N° PAZIENTI CON AUSILI E ASSISTENZA PROTESICA
2003	5618
2004	6574
2005	6828
2006	7258
2007	3766 ²

Tabella I - utenti cui sono stati forniti ausili e protesi

² dati al 31 Maggio 2007, riferiti quindi solo al primo semestre 2007

4. Bacino d'utenza

L'Azienda ULSS 9 di Treviso serve un territorio di 37 Comuni, con una popolazione di circa 400 mila abitanti, cresciuta nel decennio 1993-2002 di 30 mila unità, per effetto soprattutto del fenomeno dell'immigrazione. I comuni del territorio di pertinenza si estendono su una superficie di 986 Km² con una densità di 407 abitanti per Km². La popolazione residente al 31.12.2006 è di 400.870 abitanti (49,3% maschi).

Anche il territorio trevigiano segue l'espansione demografica in atto in Italia con il progressivo incremento dell'età della popolazione (cittadini al di sopra dei 75 anni). Il minore aumento percentuale si ha nelle classi centrali, in particolare la fetta di popolazione 15-44, che rimane comunque la più numerosa. La quota di persone a carico sta aumentando così come l'indice di dipendenza senile³ è aumentato passando da 25,37 maggiori di 65 anni su 100 persone in età 15-64 a 26,98. I maggiori di 75 anni sono 34.495 e rappresentano l'8,6% della popolazione (erano l'8,1% nel 2002); i viventi oltre i 90 anni sono 3.431, di cui 2.712 sono donne (79%).

DISTRETTI	SEDE	COMUNI AFFERENTI	POPOLAZIONE al 31.12.2006	KMQ
N. 1 Treviso	Treviso	Treviso, Silea , San Biagio di Callalta	104.138	122,49
N.2 Paese Villorba	Paese	Istrana, Morgano, Paese, Ponzano Veneto, Quinto di Treviso, Spresiano, Arcade, Breda di Piave, Carbonera, Maserada, Povegliano, Villorba	119.237	268,44
N.3 Mogliano Veneto	Mogliano Veneto	Casale sul Sile, Casier di Treviso, Mogliano Veneto, Roncade, Zenson di Piave, Zero Branco	95.673	239,39
N. 4 Oderzo	Oderzo	Cessalto, Chiarano, Cimadolmo, Fontanelle, Gorgo al Monticano, mansuè, Meduna di Livenza, Motta di Livenza, Oderzo, Ormelle, Ponte di Piave, Portobuffolè, Salgareda, San Polo di Piave	81.822	355,51
Totale			400.870	985,83

³ L'indice di dipendenza senile è un sottoinsieme dell'indice di dipendenza: misura il rapporto tra la parte di popolazione che non lavora e con età maggiore di 64 anni, rispetto alla popolazione potenzialmente attiva

5. Situazione iniziale

Con delibera n° 1217 del 5 Agosto 2004, L'Azienda ULSS 9 ha adottato un nuovo e specifico regolamento (Azienda ULSS 9 Treviso, 2004) circa la prescrizione di ausili, ortesi e protesi. Nel regolamento si procede alla individuazione di specialisti che, in ambito aziendale, possono prescrivere gli ausili, ortesi e protesi, a seconda della tipologia di presidi ed in relazione alle menomazioni e disabilità ad essi collegati. Nello specifico, prendendo come riferimento le classi ISO dell'Allegato 1 del Nomenclatore DM n° 332/99, si definiscono innanzi tutto quali sono gli specialisti competenti dipendenti ULSS o convenzionati/accreditati (indicati come 'Tipo 1'). Si individuano poi le classi di ausili (corrispondenti grosso modo all'Elenco 2 del Nomenclatore DM n° 332/99) prescrivibili anche da altri specialisti (indicati come 'Tipo 2'), ad esempio medici di reparto all'atto della dimissione, medici di Distretto, ecc.

Al momento attuale la Struttura Complessa Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari (ARTD) conta con 1 Primario, 1 Coordinatore, 4 Medici Fisiatri per un totale di 42 ore settimanali, 5 Fisioterapisti dipendenti AUSSL per un totale di 162 ore settimanali, 2 Fisioterapisti dipendenti di una cooperativa privata per un totale di 54 ore settimanali ed 1 segretaria. La centrale operativa è ubicata fisicamente all'interno dell'Ospedale di Treviso, qui si svolgono le attività di segreteria, di archivio e di piccolo magazzino ausili per prova. Le visite fisiatriche, i trattamenti e le prove degli ausili vengono effettuate a domicilio.

Nel corso del 1° semestre 2007 sono stati prescritti, per pazienti residenti nei Distretti Sociosanitari 1, 2 e 3, dall'ARTD 181 presidi suddivisi in:

Busti, tutori, protesi, scarpe ortopediche	22
Cuscini antidecubito	20
Deambulatori	20
Montascale	19
Comode, Sollevatori	18
Carrozine	32
Carrozine elettroniche	5
Seggioloni Polifunzionali e Sistemi di Postura	30
Altro	15
Totale	181

Per quanto riguarda l'ARTD il percorso di fornitura ausili inizia con una richiesta su ricettario del SSN da parte del Medico di Medicina Generale di 'visita fisiatrica per prescrizione ausili'. L'utente, o chi per esso, porta l'impegnativa al Distretto SocioSanitario di appartenenza, che provvede alla registrazione della richiesta ed inoltra la domanda all'ARTD.

Il Medico Fisiatra effettua la visita domiciliare e prescrive l'ausilio inviando l'apposita modulistica all'Ufficio Convenzioni e Prestazioni dell'Azienda ULSS per l'autorizzazione alla fornitura. Se gli ausili prescritti sono dell'Elenco 2 del Nomenclatore Tariffario Nazionale, questi vengono consegnati direttamente da una ditta privata che gestisce l'appalto di fornitura per tutta l'Azienda ULSS (Azienda ULSS 9, 2005); se invece il presidio prescritto è dell'Elenco 1 (ausili su misura) è il tecnico ortopedico della sanitaria o ditta, scelta dall'utente, che provvede alla prova che dà poi seguito alla prescrizione. Il collaudo, eseguito entro venti giorni dalla consegna dell'ausilio, attesta infine la conformità alla prescrizione del presidio fornito. Per alcuni degli ausili dell'Elenco 2 del Nomenclatore Tariffario, non dovendosi prevedere una personalizzazione dell'ausilio stesso, si provvede, previa dichiarazione di accettazione della fornitura da parte dell'utente, ad un controllo informale attraverso il meccanismo del 'silenzio assenso'.

Il processo di valutazione e prescrizione comincia e molto spesso termina con la visita del Fisiatra non consentendo, o rendendo comunque difficile, la partecipazione attiva dell'utente e dei familiari nel percorso di scelta dell'ausilio. In un solo incontro risulta difficile fornire tutte le informazioni necessarie per scegliere l'ausilio più adeguato, tanto più senza possibilità di provarlo. Per gli ausili particolarmente complessi che invece necessitano di prove, queste vengono direttamente affidate,

spesso con scarso controllo e supervisione, alla ditta fornitrice che, ovviamente, avendo interessi commerciali, è attore poco 'indipendente'.

Altra modalità di presa in carico del paziente è quella che viene definita come 'Continuità Ospedale Territorio'. Si tratta di pazienti già presi in carico dal Servizio di Riabilitazione durante il ricovero ospedaliero e per i quali la prescrizione degli ausili è già stata eseguita dallo specialista Fisiatra responsabile del progetto riabilitativo individuale.

Infine l'accesso al servizio può avvenire attraverso la modalità di 'Dimissioni Protette'. Molto spesso si tratta di pazienti che vengono dimessi direttamente dal reparto di degenza senza valutazione fisiatrica in quanto non seguiti dal Servizio di Fisioterapia. A questi pazienti viene prescritto un 'pacchetto di ausili' che consiste generalmente in: letto ortopedico, carrozzina standard, comoda e sollevatore. In alcuni casi la prescrizione viene fatta senza sopralluogo e valutazione del contesto domiciliare; a volte addirittura non viene eseguito alla dimissione nemmeno un bilancio funzionale per vedere quali sono gli ausili assistenziali (Andrich, 2007) di cui il paziente ha effettivamente necessità.

Può capitare quindi che non solo l'ausilio nel contesto particolare non sia un facilitatore, ma diventi addirittura una barriera. Faccio un esempio: persona anziana, donna, di bassa statura, dimessa dall'ospedale dopo 15 giorni di degenza in seguito a frattura di femore trattata con chiodo endomidollare. Riesce a deambulare con molta fatica per brevi tratti con l'aiuto di un deambulatore e di una persona. E' autonoma negli spostamenti in carrozzina. Tra gli ausili prescritti alla dimissione viene fornito un letto articolato elettrico ed un materasso ad aria ad elementi interscambiabili, il sistema letto-materasso misura in totale 60 cm di altezza. Grazie a questi presidi si riescono a prevenire lesioni da decubito, la paziente però non riesce a salire e scendere dal letto perché troppo alto ed è costretta a farlo con l'aiuto di due persone o con una persona e sollevatore elettrico; potrebbe invece essere più autonoma nel passaggio letto-carrozzina se venisse messo il materasso antidecubito sul letto normale (più basso che il letto ortopedico) che lei ha già. In quel caso, oltre al letto, non servirebbe prescrivere neanche il sollevatore elettrico.

6. Obiettivi del progetto

La ristrutturazione dell'ARTD si pone i seguenti obiettivi che prevedibilmente potranno essere raggiunti nell'arco di un anno:

- ❑ Formazione del personale del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza, medici e fisioterapisti, rispetto ad ausili, accessibilità e soluzioni assistive.
- ❑ Creazione di un'equipe in seno all'ARTD che abbia specifiche competenze multidisciplinari, strutturando momenti di scambio che permettano una presa in carico globale del paziente. Ciò permette di valutare i reali bisogni e le effettive esigenze nel contesto quotidiano, inserendo l'ausilio in un progetto riabilitativo più ampio che non la semplice prescrizione e fornitura dell'ausilio stesso.
- ❑ Attivazione di un percorso di valutazione e prescrizione che includa la partecipazione attiva dell'utente nella scelta dell'ausilio, cercando di trasmettere tutte le informazioni necessarie al raggiungimento dell'obiettivo/scopo condiviso con il paziente ed i familiari.
- ❑ Valutazione e verifica della necessità di modifiche o adattamenti ed addestramento all'uso dell'ausilio.
- ❑ Implementazione di un magazzino ausili dell'ARTD che consenta la prova nel contesto domiciliare prima della prescrizione, in un contesto "indipendente" da influenze o "pressioni" di tipo economico o commerciale che potrebbero venire dalle ditte fornitrici.
- ❑ Consulenza riguardo ad accessibilità ambientale nel contesto domiciliare e lavorativo.
- ❑ Consulenza rispetto a legislazione sulla disabilità e rispetto a norme e procedure vigenti che regolano i benefici previsti dalla Legge Quadro 104/92.
- ❑ Utilizzo di schede/scale di valutazione che possano documentare ed attestare l'efficacia e la qualità del servizio e della prestazione. Un 'controllo di qualità non può basarsi solo sulla percezione individuale dell'utente e/o dell'operatore (aspetti comunque essenziali e fondamentali), bensì deve avvalersi anche di criteri di valutazione che siano obiettivi, misurabili e confrontabili.
- ❑ Attivare un sistema di verifica di soddisfazione ed uso dell'ausilio a distanza di tempo, valutandone le reali condizioni di utilizzo. L'uso dell'ausilio dopo un certo periodo di tempo (in assenza di cambiamenti clinici e capacità funzionali dell'utente) e la soddisfazione del paziente, sono infatti parametri importanti che definiscono sia la qualità della prescrizione in sé, quindi l'appropriatezza e la congruità di quel determinato ausilio, sia la qualità di tutto il processo che ha portato alla scelta, alla prescrizione ed addestramento all'uso del presidio stesso.

7. Articolazione del progetto

Nessun progetto può essere portato a termine senza la partecipazione ed il coinvolgimento attivo di coloro che lo devono implementare. E' necessario quindi che i componenti dell'ARTD diventino attori protagonisti del processo di ristrutturazione del Servizio in cui lavorano. Per realizzare questo si ritiene che un gruppo di professionisti migliori le proprie competenze e diventi un'équipe di esperti in ausili grazie all'partecipazione ad eventi/corsi di **formazione** sul tema. Inizialmente si prevede che un fisioterapista partecipi al corso "Tecnologie per l'Autonomia e l'Integrazione Sociale delle Persone Disabili" nell'anno 2008. Le competenze acquisite, così, sono messe a disposizione oltre che degli utenti che afferiscono all'ARTD, anche del personale del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza post-acuzie, attraverso incontri di formazione/scambio di conoscenze e/o consulenze dirette su casi singoli.

Per raggiungere gli obiettivi illustrati nel capitolo precedente è necessario un percorso che, partendo da principi generali e seguendo un approccio metodologico ben preciso, arrivi alla proposta di un protocollo di lavoro che definisca in maniera chiara quali sono i passaggi che portano all'adozione di un ausilio. La metodologia adottata si articola in cinque momenti, di seguito elencati, che vanno dalla valutazione del bisogno, alla personalizzazione e all'addestramento all'uso (Andrich R, 2007):

- Momento della Presa in Carico
- Momento Progettuale
- Momento Decisionale
- Momento Attuativo
- Momento della Verifica

Il **Momento della Presa in Carico** è il momento che identifica il bisogno. E' auspicabile una collaborazione con il medico inviante (Medico di Medicina Generale o Medico Specialista Ospedaliero) che può fornire utili dettagli riguardo alla situazione del paziente o alla natura della richiesta. In questa fase vengono registrati i dati anagrafici del paziente (nome, cognome, data di nascita, residenza o domicilio, numero di telefono ed eventuale diagnosi), viene aperta la cartella clinica territoriale nella quale poi sarà inserita tutta la documentazione del paziente (visite, referti medici, progetto e programma riabilitativo, eventuali prescrizioni, relazioni e materiale fotografico, ecc.) e si concorda con i familiari un appuntamento a domicilio.

Il **Momento Progettuale** inizia con la visita a domicilio del Fisiatra che traccia un quadro clinico-funzionale del paziente di cui evidenzia autonomia e bisogni di assistenza. Viene eseguita in collaborazione con il fisioterapista una valutazione dell'ambiente domestico e/o lavorativo ponendo attenzione al contesto familiare in cui il paziente vive. Si valutano in concerto con l'utente, i familiari ed eventualmente l'assistente sociale e lo psicologo, i bisogni e le aspettative; si stabiliscono le priorità e si cominciano a condividere possibili soluzioni al problema. In questa fase vengono acquisite informazioni sugli ausili proposti dal mercato e provati quelli che si ritengono necessari comparando le varie soluzioni. In quei casi in cui viene ipotizzato e proposto un adattamento ambientale, si invia l'utente allo Sportello Senza Barriere (vedi punti seguenti) che, sulla base della planimetria dell'ambiente, consiglia e prospetta la soluzione, o le eventuali possibili soluzioni, fornendo informazioni su preventivi di costo ed eventuali benefici fiscali normati dalle leggi vigenti.

Alla fase di valutazione e di reperimento di informazioni che caratterizza l'elaborazione del progetto individuale, segue un incontro di sintesi dell'equipe a cadenza settimanale in cui vengono prese le decisioni e definite le azioni che concretizzeranno la soluzione scelta, supportata da un piano riabilitativo individualizzato. E' quello che viene definito **Momento Decisionale**, dove si considera la possibilità di ottenere gli ausili e di utilizzarli correttamente da parte dell'utente. Questa fase è caratterizzata da un notevole lavoro di BackOffice che consiste nella prescrizione medica (se l'ausilio è

prescrivibile) individuando i codici corretti nel nomenclatore tariffario corrispondenti all'ausilio scelto ed elaborando la documentazione necessaria da fornire all'autorizzatore per sostenere l'adeguatezza della prescrizione. La prescrizione sarà corredata in cartella clinica dal piano terapeutico di utilizzo dell'ausilio.

All'atto prescrittivo segue l'autorizzazione dell'Ufficio Prestazioni dell'Azienda ULSS 9 che ne verifica la legittimità in base ai documenti presentati. Per gli interventi finanziati dal SSN, con l'autorizzazione comincia il **Momento Attuativo**. Eseguita la prescrizione, per seguire l'iter burocratico di svolgimento della pratica e semplificare il percorso per la richiesta di fornitura di protesi ed ausili, l'Azienda ULSS 9 ha condotto un progetto tra gli anni 2005 e 2007 che, coinvolgendo il Presidio Ospedaliero di Treviso, Distretti SocioSanitari, Poliambulatori ed il Servizio per la gestione dei rapporti in convenzione con l'Azienda ha prodotto "Auxilium": programma di informatizzazione delle pratiche per protesi ed ausili. Analizzando l'iter seguito dal paziente, è emerso che per poter eliminare molti passaggi, era necessario che medici ed operatori fossero dotati di un software comune: è stato sviluppato un applicativo che supporta il medico nella prescrizione e che, allo stesso tempo, permette all'operatore di svolgere tutte le procedure amministrative sino all'autorizzazione alla fornitura. L'applicazione della firma digitale al documento fa sì che non sia più necessario per l'utente portare la documentazione da un servizio all'altro e facilita la comunicazione in tempo reale per i diversi attori. L'iter della pratica può essere seguito dal cittadino attraverso il computer di casa accedendo all'apposito sito internet. All'autorizzazione segue la fornitura secondo il criterio descritto nel Capitolo 5 a pagina 7 di questa tesi, ove necessarie e definite dalla prescrizione vengono realizzate ed installate da parte della ditta fornitrice le modifiche richieste. Successivamente viene effettuato il collaudo secondo i tempi e con le modalità prescritte dalla legge, seguito da un percorso di addestramento all'uso già definito nel programma riabilitativo durante il Momento Progettuale. Il percorso è molto importante per far acquisire all'utente ed ai caregivers (familiari, operatori, ecc.) la piena competenza nell'uso dell'ausilio per poterlo integrare nella vita quotidiana, prevenendo controindicazioni e massimizzando l'efficacia dell'ausilio stesso. *"Il ruolo dell'equipe riabilitativa in questa fase è di primaria importanza perché può aiutare le persone a sperimentare l'uso sotto supervisione, evitando così inutili frustrazioni ed abbandoni precoci dell'ausilio"* (Batavia e Hammer, 1990).

A distanza di tempo è necessario monitorare l'uso dell'ausilio nelle reali condizioni di utilizzo e verificare l'efficacia della soluzione prescritta: **Momento della Verifica**. E' un passo fondamentale per far emergere eventuali modificazioni insorte che possono mettere in discussione e cambiare, oppure rinnovare, un programma di intervento. La fase della verifica può essere importante per una valutazione statistica delle percentuali di uso o abbandono dell'ausilio facendo emergere punti di forza o eventuali criticità della procedura adottata.

Per venire incontro all'esigenza di una consulenza tecnica specifica in materia di accessibilità ambientale ed informazione rispetto a benefici previsti dalla legge viene attivato lo **"Sportello senza barriere"**, un ponte tra riabilitazione medica e reinserimento sociale che cerca di rendere più efficaci le connessioni della rete dei servizi.

E' uno spazio di aiuto ed informazione che oltre alla presenza di un membro dell'equipe dell'ARTD, il fisioterapista, offre la consulenza gratuita di un architetto specializzato nella progettazione ampliata:

- Per l'eliminazione delle barriere architettoniche delle abitazioni e dei mezzi di trasporto
- Per consulenza specialistica ed informazione relativa alle normative vigenti
- Per conoscere modalità di accesso ai benefici previsti dalle leggi regionali e nazionali
- Come supporto agli utenti presso i Comuni di appartenenza o altri enti (ad esempio l'ATER)

Lo Sportello si prevede sia aperto due pomeriggi al mese. La consulenza avviene su richiesta degli operatori sanitari per i pazienti in regime di ricovero e su prenotazione presso l'ARTD per tutti gli altri utenti. In casi particolari, quando documentazione fotografica e planimetria non sono sufficienti si effettua un sopralluogo a domicilio congiuntamente con il fisioterapista.

Un altro punto importante che caratterizza il progetto di ristrutturazione dell'ARTD è l'implementazione di un piccolo **parco ausili** che possono essere trasportati e provati direttamente in quello che è il setting privilegiato per un'attività di questo tipo: il domicilio. Nel caso in cui la tipologia di ausilio, per complessità o peculiarità, non fosse presente nell'ausilioteca dell'ARTD, viene ugualmente effettuato un periodo di prova con presidi forniti dalla sanitaria scelta dall'utente, sotto il controllo e la supervisione del fisioterapista.

8. Risultati previsti

L'utente ed i familiari che afferiscono a servizi che hanno a che fare con l'assistenza protesica cercano delle risposte che sappiano fornire informazioni corrette e che salvaguardino l'attenzione ai molteplici problemi che, soprattutto in certe situazioni, diventano assai complessi (basti pensare ad un paziente con esiti di Trauma Cranio-Encefalico che viene dimesso dall'ospedale dopo un lungo periodo di degenza con una cerebrolesione che causa disabilità importante). Il risultato che si vuole ottenere con questo progetto è la creazione di un polo di riferimento per tutti coloro che necessitano di risposte complete ed efficienti da parte del Servizio Pubblico ai bisogni legati alla disabilità ed agli ausili.

“Tutti i membri dell'equipe collaborano, per le rispettive competenze, alla presa in carico globale in cui il momento clinico di valutazione è finalizzato al reinserimento del disabile nel suo ambiente domiciliare garantendo la valutazione della massima autonomia raggiungibile contribuendo al miglioramento della qualità della vita della persona disabile e dei suoi conviventi” (Pusic, 2005: pag. 15). Un risultato atteso diventa quindi *“l'umanizzazione e qualificazione dei servizi di assistenza protesica tracciando un percorso costruito con il disabile stesso che diventa il protagonista, primo responsabile delle scelte per la propria autonomia”* (Pusic, 2005: pag. 15).

Alla fine del percorso riabilitativo è importante riuscire a stabilire se l'intervento, che in questo caso ha previsto anche l'adozione dell'ausilio, è stato “terapeutico” (Ferrari, 2008) quindi se ha indotto modificazioni favorevoli, migliorative e stabili nel tempo nella vita della persona. Le modificazioni devono però anche essere oggettive e misurabili, cioè riconoscibili dall'esterno e non solo riferite soggettivamente dal paziente.

La valutazione della qualità del servizio si evince anche dall'utilizzo che l'utente fa dell'ausilio a distanza di tempo. Se dopo un certo periodo ad esempio una carrozzina, che era ritenuta indispensabile alla vita della persona, è “parcheggiata” in soffitta ed inutilizzata e le condizioni cliniche ed ambientali dell'utente non sono cambiate, significa che qualcosa non ha funzionato. Ci può essere stata una valutazione delle condizioni cliniche ed ambientali che ha dato luogo ad una prescrizione errata, oppure il processo di addestramento che è seguito non è stato abbastanza efficace, o entrambi le ipotesi. L'adozione dello strumento QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Technical Aids. Version 2.0) (Demers, Weiss-Lambrou e Ska, 2000) come misura dell'outcome dell'ausilio, se somministrato su larga scala, aiuta a identificare eventuali elementi di insoddisfazione sia del singolo utente che della popolazione di pazienti trattati. Il questionario indaga sugli aspetti di soddisfazione dell'utente rispetto al prodotto e rispetto al servizio, è facilmente somministrabile e fotografa in maniera chiara ed esaustiva quelli che sono gli aspetti fondamentali che riguardano gli ausili che più frequentemente sono prescritti dall'ARTD quali gli ausili per la mobilità e per l'assistenza.

I quesiti relativi al prodotto riguardano:

- ❖ le dimensioni
- ❖ il peso
- ❖ la facilità di regolazione
- ❖ la stabilità e la sicurezza
- ❖ la curabilità
- ❖ la facilità d'uso
- ❖ il comfort
- ❖ l'efficacia

Gli items che riguardano il servizio vertono invece su:

- ❖ procedura di fornitura
- ❖ riparazioni ed assistenza tecnica
- ❖ servizi professionali connessi
- ❖ servizi di follow-up

Le informazioni raccolte saranno utile strumento in sede di verifica dopo un anno di progetto, per correggere eventuali criticità nelle procedure e nelle modalità operative del Percorso Ausili implementato dal Servizio.

Standardizzare procedure e modalità di intervento utilizzando protocolli e scale di valutazione, aiuta a rendere più “omogeneo” il lavoro dei vari operatori, senza nulla togliere alla capacità e professionalità individuale dei singoli. Si prevede quindi, per quanto riguarda ad esempio la posizione seduta, l'utilizzo della scheda di valutazione Seating Clinic (Caracciolo A, Ferrario M, 1999) da compilare all'inizio ed alla fine del programma riabilitativo. L'abitudine all'uso di strumenti di valutazione che permettono di “misurare” la qualità della prestazione e di raccogliere dati che poi possono essere oggetto di studio, confronto e verifica, è un valore aggiunto per il servizio reso all'utenza e per il processo di formazione continua che ogni operatore compie durante la sua vita professionale.

9. Relazione tecnica

La realizzazione di questo progetto prevede pochi costi aggiuntivi per l'Azienda in materia di personale ed acquisizione di strutture, attrezzature e materiali in quanto viene prospettato l'utilizzo di risorse già esistenti ed in carico all'ARTD.

Risorse umane

- ◆ Un fisiatra a tempo parziale
- ◆ Due fisioterapisti a tempo pieno
- ◆ Un amministrativo a tempo parziale
- ◆ L'architetto dello "Sportello senza Barriere" per 8 ore al mese (4 ore ogni 15 giorni)

Formazione

- ◆ Invio di un fisioterapista al Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità"
- ◆ Invio del personale a giornate di formazione/aggiornamento su protesi ed ausili
- ◆ Abbonamento a riviste specializzate

Risorse Strutturali

- ◆ Un locale adibito a Centrale Operativa, sala delle riunioni settimanali dell'equipe ARTD e segreteria BackOffice
- ◆ Un locale accessibile da utilizzare due giorni al mese nelle ore pomeridiane per lo "Sportello senza Barriere"
- ◆ Un locale da adibire a magazzino ausilioteca

Attrezzature

- ◆ Due scrivanie
- ◆ Due armadi per libri, pubblicazioni, cataloghi e materiale informativo
- ◆ Archivio per cartelle
- ◆ Sei sedie
- ◆ Tre automobili per visite e valutazioni a domicilio (una deve essere adatta anche al trasporto di ausili "voluminosi" come seggioloni polifunzionali o sistemi di postura)
- ◆ Utensileria (chiavi, cacciaviti, ecc) per regolare l'assetto delle carrozzine

Materiali

- ◆ Un PC desktop per la segreteria con collegamento ad internet, casella e-mail riservata e programma aziendale "Auxilium" per la gestione di protesi ed ausili.
- ◆ Un PC laptop da utilizzare a domicilio
- ◆ Telefono per la segreteria
- ◆ Tre telefoni cellulari per gli operatori che vanno a domicilio
- ◆ Fax e fotocopiatrice

Parco ausili⁴

- ◆ 2 cuscini antidecubito classificazione ISO 03.33.003
- ◆ 2 cuscini antidecubito classificazione ISO 03.33.006
- ◆ 1 cuscino antidecubito classificazione ISO 03.33.009
- ◆ 2 cuscini antidecubito classificazione ISO 03.33.012
- ◆ 2 cuscini antidecubito classificazione ISO 03.33.015
- ◆ 2 cuscini antidecubito classificazione ISO 03.33.018
- ◆ 8 deambulatori classificazione ISO 12.06.09.003

⁴ Ausili reperiti attraverso la sanificazione di presidi di rientro quindi già di proprietà dell'Azienda ULSS 9

- ◆ 2 deambulatori classificazione ISO 12.06.09.009
- ◆ 1 deambulatore classificazione ISO 12.06.09.006
- ◆ 2 stampelle classificazione ISO 12.03.06.006
- ◆ 3 quadripodi classificazione ISO 12.03.18.003
- ◆ 2 seggioloni polifunzionali classificazione ISO 18.09.18.012+18.09.18.202+18.09.18.205
- ◆ 1 carrozzina classificazione ISO 12.21.06.039+12.24.03.121
- ◆ 2 sistemi di postura class. ISO 18.09.39.006+18.09.39.103+18.09.39.021+18.09.39.024
- ◆ 3 ortesi per ginocchio classificazione ISO 06.12.09.003
- ◆ 4 ortesi per caviglia-piede classificazione ISO 06.12.09.024
- ◆ 4 ortesi per caviglia-piede classificazione ISO 06.12.09.030
- ◆ 4 ortesi per polso-mano classificazione ISO 06.06.12.006
- ◆ 1 sedia girevole per vasca

10. Scenari

Il Percorso Ausili che si viene a creare è di seguito sintetizzato.

L'utente, o chi per lui, porta al Distretto SocioSanitario di appartenenza l'impegnativa del Medico di Medicina Generale (MMG) con la specifica della patologia e la natura della richiesta (ad esempio: "visita fisiatrica domiciliare per valutazione ausili"). Il Distretto trasmette la richiesta all'ARTD aggiungendo la scheda con i dati anagrafici relativi al paziente necessari per il contatto e la visita a domicilio. Un operatore valuta l'appropriatezza della richiesta verificando anche l'effettiva "non trasportabilità" del paziente al servizio ambulatoriale, se necessario anche contattando telefonicamente il MMG, quindi decide se è necessario eseguire o no la visita a domicilio. Se la visita non verrà eseguita viene data comunicazione scritta al Distretto spiegandone le motivazioni, se invece la visita verrà eseguita, viene aperta una presa in carico con la relativa cartella e viene concordata con l'utente ed i familiari la data e l'ora dell'appuntamento.

Alla prima valutazione il medico fisiatra traccia un bilancio clinico e funzionale dell'utente definendo il progetto riabilitativo individualizzato, annotando in cartella l'eventuale necessità di prova di un certo tipo di ausilio e/o approfondimento per quanto riguarda eventuali valutazioni ambientali. Il fisioterapista recepisce le annotazioni indicate dal fisiatra ed effettua l'accesso al domicilio in un secondo momento (l'attesa può essere al massimo di tre o quattro giorni); se necessario esegue una valutazione ambientale ed approfondisce la situazione funzionale somministrando il Barthel index (Mahoney FI, Barthel D (1965) e, se l'ausilio riguarda la posizione seduta, la scheda Seating Clinic (Caracciolo A, Ferrario M, 1999) integrando le informazioni rispetto al contesto familiare attraverso colloqui con l'utente stesso, familiari ed assistenti e la rete dei servizi (ad esempio l'assistente sociale, ecc), segnalando la predisposizione o eventuali ostacoli all'adozione del presidio individuato.

Se l'ausilio è presente nel magazzino dell'ARTD, è portato a casa del paziente già nel primo accesso per la prova a domicilio che varia da una a più sedute a seconda della complessità dell'ausilio proposto. Se la situazione generale lo richiede, si può anche lasciare l'ausilio qualche giorno al paziente in modo che egli stesso e gli assistenti familiarizzino con la soluzione proposta e possano partecipare attivamente apportando indicazioni utili rispetto a modifiche, personalizzazioni ed adattamenti. Se l'ausilioteca dell'ARTD non dà la possibilità di prova, questa viene effettuata sempre a domicilio con la ditta scelta dall'utente in stretta collaborazione con il fisioterapista. Si invitano quindi gli utenti a prediligere quelle sanitarie che sono disposte ad effettuare prove preve all'autorizzazione, riuscendo in questo modo ad instaurare una sinergia positiva proficua al buon esito della prescrizione. Per i casi che richiedono modifiche ambientali di una certa complessità si ricorre alla consulenza dello "Sportello senza Barriere", dove l'architetto fornisce indicazioni di carattere tecnico e fiscale più specifiche rispetto alla fattibilità dell'intervento.

La valutazione termina quando, nella riunione settimanale dell'equipe, viene definita conclusa la fase progettuale ed il medico procede alla prescrizione ed alla ridefinizione del programma riabilitativo.

Attraverso il gestore informatico Aziendale "Auxilium" la prescrizione arriva in tempo reale all'Ufficio Prestazioni che procede all'autorizzazione dopo aver verificato l'appropriatezza amministrativa e l'entità della spesa.

Terminato l'iter per la fornitura dell'ausilio, si procede con l'addestramento all'uso da parte del fisioterapista ed il collaudo da parte del medico prescrittore. Vengono somministrati nuovamente l'indice di Barthel e, per ausili che riguardano la posizione seduta, il Seating Test che evidenziano le obiettività rispetto ai miglioramenti ottenuti.

A distanza di tre mesi per verificare le reali condizioni d'uso dell'ausilio si esegue il follow-up procedendo alla somministrazione del questionario QUEST direttamente a domicilio (in occasione di un controllo) o attraverso un'intervista telefonica.

11. Piano Economico

Nella stesura della relazione tecnica per stabilire le risorse da destinare all'implementazione del progetto si è cercato di ottimizzare il più possibile ciò che già esiste.

Il piano economico relativo ai costi necessari prevede:

- ❑ la valorizzazione delle risorse esistenti che vengono ricollocate
- ❑ la definizione di nuove risorse

❑ Valorizzazione risorse esistenti:

➤ Personale

Qualifica	Quantità	Ore/sett	Costo annuo in euro (lordo)
Medico	1	20	37695
Fisioterapista	2	36	62746
Amministrativo	1	18	14447
Totale			114888

➤ Risorse strutturali

Locale	Costo annuo (in euro)
Locale centrale operativa/segreteria back-office/sala riunioni situato nel settore della dirigenza del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza all'interno dell'Ospedale di Treviso	18000
Locale adibito a magazzino ausili per prova situato nel sotterraneo dello stabile dove si trova la centrale operativa collegato a questa direttamente tramite ascensore	6000
Locale adibito a "Sportello senza Barriere" (8 ore al mese).	5000
Totale	29000

➤ Attrezzature e materiali

Attrezzature e materiali	Costo forfetario in euro (tenuto conto dello stato d'uso)
Scrivanie, armadi, archivi, sedie	1000
Telefono, fax, stampante, fotocopiatrice, telefoni cellulari	2500
Due PC, collegamento ad Internet	2000
Automezzi	36000
Utensileria	400
Totale	41900

➤ Parco Ausili

Ausili	Costo forfetario in euro (tenuto conto dello stato d'uso)
Seggioloni, carrozzine, sistemi di postura, sedia girevole	4500
Deambulatori, stampelle, quadripodi	300
Ortesi	300
Cuscini antidecubito	1500
Totale	6600

□ **Nuove risorse da reperire:**

➤ **Formazione**

Motivo di spesa	Costo (in euro) relativo al primo anno di progetto
Invio di un fisioterapista al Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili"	1600
Partecipazione a corsi, convegni, fiere ed eventi formativi	3000
Abbonamenti a riviste	1000
Totale	5600

➤ **Altre risorse**

Motivo di spesa	Costo (in euro) relativo al primo anno di progetto
Consulenza architetto per lo "Sportello senza Barriere"	9000
Materiale di consumo	3000
Totale	12000

12. Strumenti di Lavoro

Per quanto riguarda l'adozione di strumenti standardizzati che permettano di “misurare” la qualità della prestazione e di raccogliere dati che poi possono essere oggetto di studio, confronto e verifica, come già citato nei capitoli precedenti (vedi Capitolo 8), si propone l'utilizzo di:

- Scala di Barthel: somministrata all'inizio ed alla fine del programma riabilitativo individualizzato. Misura l'autonomia valutando le capacità funzionali di base considerando dieci attività della vita quotidiana (Activities of Daily Living – ADL) riguardanti la cura personale e la mobilità.
- Scheda di valutazione della postura seduta Seating Clinic: misura e valuta l'assetto posturale della persona con disabilità su sistemi di seduta (unità posturali, seggioloni polifunzionali, carrozzine e passeggini). Con questa scheda si valuta il paziente che, per il grado di funzionalità, ha bisogno di un uso continuativo della postura seduta descrivendo l'iniziale postura seduta della persona. E' un valido aiuto nella fase individuazione di un ausilio adeguato ed un prezioso indicatore in sede di rivalutazione.
- QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Technical Aids. Version 2.0). Somministrato direttamente a domicilio in occasione di un controllo o telefonicamente dopo tre mesi dalla fornitura del presidio. Il questionario indaga sugli aspetti di soddisfazione dell'utente rispetto all'ausilio fornito (8 domande) e rispetto al servizio associato alla fornitura dello stesso (4 domande). All'utente è anche richiesto di specificare le tre voci che per lui sono le più importanti tra gli aspetti valutati dall'intervista. Alla fine del questionario si riesce così a sintetizzare il quadro di soddisfazione complessiva dell'utente.

Bibliografia

- Andrich R (1996): *Consigliare gli ausili. Organizzazione e metodologia di lavoro dei Centri di Informazione Ausili*. Milano: Fondazione Don Gnocchi
- Andrich R (2007): *Concetti generali sugli ausili*. Milano. Fondazione Don Gnocchi. Portale SIVA
- Azienda ULSS 9 di Treviso (2004): Delibera n° 1217 del 05/08/2004 “Prescrizione di ausili, ortesi e protesi”. Treviso, Azienda ULSS 9
- Azienda ULSS 9 di Treviso (2005): *Atto Aziendale*. Treviso: Azienda ULSS 9
- Azienda ULSS 9 di Treviso (2005): Delibera n° 448 del 14/04/2005 “Fornitura di ausili di cui all’allegato I del nomenclatore tariffario nazionale (DM 332/99) anche per pazienti in ADI ed affidamento dei relativi servizi di consegna, manutenzione e rimessaggio”. Treviso, Azienda ULSS 9
- Azienda ULSS 9 di Treviso (2006): *Piano Attuativo Locale 2007 - 2009*. Treviso: Azienda ULSS 9
- Azienda ULSS 9 di Treviso (2007): *Bilancio di Mandato*. Treviso: Azienda ULSS 9
- Azienda ULSS 9 di Treviso (2008): *Documento di Direttive*. Treviso: Azienda ULSS 9
- Batavia A E, Hammer G S (1990): *Toward the development of consumer-based criteria for evaluation of assistive devices*. Journal of Rehabilitation Research and Development, 27 (4), 425-436
- Caracciolo A, Ferrario M (1999): *Seating Clinic. Scheda per l'analisi della postura seduta*. Milano. Fondazione Don Gnocchi. Portale SIVA
- Demers L, Weiss-Lambrou R e Ska B (2000): *Item analysis of the Québec user evaluation of satisfaction with assistive technology (QUEST)*. Assistive Technology, 12, 96-105
- Demers L, Weiss-Lambrou R e Ska B (2000): *Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST version 2.0) – An outcome measure for assistive technology devices*. Ed. Webster Institute for Matching Person & Technology. Traduzione italiana Fondazione Don Gnocchi (2002)
- DGR n.1722 del 18/06/2004: *Sistema Informativo di Distretto Socio Sanitario - Modulo A.D.I. (Assistenza Domiciliare Integrata) - approvazione degli standard regionali per l'acquisizione delle informazioni*. (Allegato 1). Regione Veneto
- DM n. 332 del 27/08/1999: *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del S.S.N.: modalità di erogazione e tariffe*. (Supplemento Ordinario alla GU n. 227 del 27/09/1999, Serie Generale)
- DPCM del 29/11/2001: *Definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza*. (GU n. 33 del 08/02/2002)
- Ferrari A (2008): *Clinica riabilitativa ed ausili*. Progettare per l'autonomia, pp 111-116. Milano. Fondazione Don Gnocchi - Giunti O.S.
- Mahoney FI, Barthel D (1965): *Functional evaluation: the Barthel Index*. Mariland State Medical Journal, 14, 56-61
- Organizzazione Mondiale della Sanità (2001): *ICF - Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della salute*. Trento: Erickson
- Pusic C (2005): *Proposta di un centro territoriale di valutazione clinica degli ausili come progetto di qualità nell'ambito dell'assistenza protesica di una ASL. CTeVA ROMA*. Corso di perfezionamento “Tecnologie per l'autonomia” (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi). A.a. 2004-2005

Siti internet

- www.portale.siva.it
- www.ulss.tv.it