



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 2008/2009

Proposta di organizzazione di un servizio valutazione ausili all'interno dell'Istituto Palazzolo della Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus

CANDIDATO: Bianchi Simona Patrizia
Tipo do elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract. Attualmente all'interno della nostra struttura non esiste un servizio valutazione ausili strutturato sia per quanto riguarda la residenza socio-assistenziale (RSA), che per la parte ospedaliera ed ambulatoriale. In RSA la prescrizione degli ausili viene fatta dai medici geriatri ai quali è stato fornito un codice prescrittore, in collaborazione con il fisioterapista di reparto; per problematiche particolari viene richiesto il parere fisiatrico. Per quanto riguarda la parte ospedaliera (Riabilitazione Generale Geriatrica RGG e Casa di Cura) e ambulatoriale la prescrizione degli ausili viene effettuata dal medico fisiatra in collaborazione con il fisioterapista (FT) e inserita in un progetto riabilitativo. Nella nostra struttura manca però la possibilità di poter provare gli ausili prima della prescrizione, soprattutto per quanto riguarda le carrozzine; per gli ausili minori (bastoni, corsetti, tutori gamba-piede...) è possibile invece effettuare le prove grazie ai tecnici ortopedici che li lasciano in custodia alla fisioterapia. La prova dell'ausilio è una tappa fondamentale per una corretta prescrizione. Solo da pochi mesi è stato introdotto un sistema di monitoraggio che quantifichi gli ausili prescritti gestito direttamente dalla fisioterapia e dalla segreteria dei servizi sociali. Il progetto nasce dall'esigenza di concretizzare e quantificare ciò che già attualmente si fa in campo: valutazione e prescrizione ausili garantendo una maggior appropriatezza del presidio stesso anche attraverso la verifica attuata con il collaudo.

Direttore del corso:
Responsabile tecnico scientifico:
Tutor

Prof. Giuseppe Vico
Ing. Renzo Andrich
Dott.ssa Elisa Robol

1. Sintesi

Scopo del progetto

Il progetto nasce dal bisogno di organizzare un centro ausili, garantendo così ai nostri utenti un sistema efficiente che sia di controllo per l'appropriatezza e l'idoneità del presidio stesso. La qualità della prescrizione dell'ausilio rientra in un sistema molto complesso, che comprende:

- l'analisi della domanda,
- la valutazione globale delle attività motorie del paziente e degli spazi in cui vive,
- la prova dell'eventuale ausilio,
- la prescrizione del presidio valutato idoneo,
- l'addestramento all'uso dell'ausilio,
- l'idoneità attraverso il collaudo,
- la verifica a distanza del suo utilizzo.

Tutto questo processo oltre a migliorare la qualità della vita del paziente può contribuire a ridurre gli sprechi economici, dove presenti, evitando prescrizioni di ausili poco utilizzati o poco idonei.

Contesto

Il progetto si sviluppa all'interno della struttura dove lavoro: Istituto Palazzolo, Fondazione Don Carlo Gnocchi di Milano.

Situazione iniziale

Nella nostra struttura la valutazione ausili è lasciata molto al "fai da te"; si è sentita quindi l'esigenza di predisporre un progetto che permetta di dar vita ad un servizio centralizzato e gestito da poche persone che possa unificare tutte le fasi del processo gestionale degli ausili, in modo che si raggiunga un obiettivo di efficienza ed efficacia sia per l'utenza (ausilio appropriato), che per la spesa (possibilità di non avere ausili inutili o doppi per lo stesso paziente).

In RSA la prescrizione degli ausili viene fatta dai medici geriatri di reparto in assenza di un progetto riabilitativo. Per quanto riguarda la parte ospedaliera (RGG e Casa di Cura) e ambulatoriale la prescrizione degli ausili viene effettuata dal medico fisiatra in collaborazione con FT e inserita in un progetto riabilitativo. Nella nostra struttura manca però la possibilità di poter provare gli ausili prima della prescrizione, soprattutto per quanto riguarda le carrozzine; per gli ausili minori (bastoni, corsetti, tutori gamba-piede...) è possibile effettuare prove grazie ai tecnici ortopedici che collaborano con noi, che hanno lasciato in custodia alla fisioterapia alcuni piccoli presidi.

L'assenza di un sistema di monitoraggio preciso che quantifichi gli ausili prescritti, e di un centro di registrazione può contribuire ad aumentare lo spreco di denaro prescrivendo dei nuovi presidi, magari poco differenti da quelli già in possesso al paziente.

Situazione che si intende conseguire

Con questo progetto si propone di creare un Servizio Valutazione Ausili (SVA) utile per le molteplici realtà presenti in questa struttura e di stilare delle procedure che siano di semplice applicazione da parte del personale, ma allo stesso tempo efficaci.

Il SVA si propone quindi di diventare il punto di riferimento per la prescrizione di ausili per:

- unità operativa RSA (residenza socio-assistenziale)
- unità operativa RGG (riabilitazione generale geriatria)
- unità operativa CDC (riabilitazione specialistica e medicina)
- unità operativa ambulatoriale
- unità operativa ADI (assistenza domiciliare integrata)

Interventi previsti per conseguire tale situazione

1. Individuazione di un locale come punto di riferimento fisico per il servizio. Questo è importante per:
 - deposito e prova ausili
 - punto di raccolta per le pratiche
 - punto di riferimento per medici e tecnici ortopedici
 - informazione per l'utenza
2. Attivazione di una procedura ad hoc per le diverse realtà dell'Istituto validata dai dirigenti.
3. Realizzazione di un'equipe professionale dedicata, per alcune ore della giornata, all'analisi e alla risposta delle richieste pervenute.

2. Premesse teoriche

La legislazione italiana prevede che la prescrizione degli ausili sia *“parte integrante di un programma di prevenzione, cura, riabilitazione...”* (DM 332/99 ART.4/3 del Nomenclatore Tariffario). Questo significa che ogni ausilio prescritto deve essere inserito nel progetto individuale della persona disabile, allontanando un po' la mentalità *“dell'avente diritto”*; infatti anche le ASL negli ultimi anni richiedono una maggior attenzione nella prescrizione per diminuire da una parte gli sprechi economici di ausili non utilizzati e dall'altra garantire al richiedente un presidio idoneo alle sue esigenze.

Purtroppo però, soprattutto per l'utenza presente nella struttura dove opero (pazienti geriatrici) la mentalità dell'*“avente diritto”* è molto radicata e difficile da eliminare. Può succedere che vengano raccolte richieste di pazienti o famigliari per la prescrizione di ausili solo perché hanno *“diritto”* e non *“bisogno”*. Al contrario, capita anche, che pazienti che necessitano di ausili, non li accettino perché credono che l'autonomia significhi necessariamente fare le cose da soli e per non sentirsi etichettati come persona *“handicappata”*.

Gli addetti ai lavori dovrebbero però sapere che il concetto di autonomia deve essere inteso come *“recupero di un nuovo equilibrio, a fronte di una limitazione delle proprie risorse fisiche e delle abilità, nelle relazioni con il sé (controllo sulla propria vita e sulle proprie scelte), nella relazione con l'ambiente (possibilità di muoversi liberamente nell'ambiente, di svolgervi delle attività quotidiane conformemente alle proprie necessità, ruoli e aspirazioni) e nelle relazioni con gli altri (libertà di scelta nelle modalità, nello stile e nell'intensità dei rapporti con le persone).”* (Andrich, 2007).

È compito del riabilitatore cercare di far capire alla persona con disabilità che l'ausilio appropriato può essere utile per aumentare la propria autonomia intesa come *“recupero di un nuovo equilibrio...nelle relazioni con il sé...con l'ambiente ...con gli altri.”* (Andrich, 2008).

L'idea di sviluppare all'interno della struttura dove lavoro un SVA nasce dall'esigenza degli operatori (sia FT che medici fisiatristi) di trovare delle soluzioni alle molte criticità presenti, cercando così di dare all'utenza una risposta precisa ma soprattutto utile e, di conseguenza, di progettare delle procedure con delle tappe ben definite. Inoltre lo spirito che guida gli operatori della Fondazione è ben spiegato in questa frase di Don Gnocchi: *“...Il mio progetto va oltre la pastorale di assistenza...Lui assiste con amore la vita che c'è. Io vorrei recuperare e intensificare, attraverso la riabilitazione, la vita che non c'è, ma ci potrebbe essere. Andare alla ricerca di tutti i più piccoli frammenti perché anche questi lodino il Signore”* (Aldo Del Monte 10/01/46).

Il percorso seguito durante l'elaborato non è stato molto semplice: stilare delle procedure in campo di ausili può sembrare facile per un operatore della riabilitazione, ma trovare ogni minimo dettaglio senza dare per scontato alcuni percorsi non è così.

Il successo più grande ottenuto è stato quello di *“far parlare”* di ausili; questo può essere già un passo avanti. Comunque vada l'accrescimento professionale personale ha già fatto cambiare il mio modo di avvicinarmi agli ausili e tutto quello che ho appreso è a disposizione di chi voglia modificare e ampliare le proprie conoscenze in campo.

3. Contesto

L'Istituto Palazzolo Fondazione Don Carlo Gnocchi è una struttura che offre all'utenza una vasta gamma di servizi:

- Residenza Sanitaria Assistenziale (RSA) per anziani con 700 posti letto, di cui 30 del Nucleo specialistico per persone affette da malattia di Alzheimer e 19 del Nucleo specialistico per persone in Stato Vegetativo.
- Casa di Cura accreditata con 80 posti letto di area medica e riabilitativa post-acuta (specialistica e di mantenimento).
- Ambulatorio polispecialistico comprendente diverse specialità e servizi tra cui: centro prelievi (collegato con il laboratorio dell'IRCCS "S: Maria Nascente"), diagnostica per immagini (radiologia, ecografia), odontoiatria, cardiologia, fisiokinesiterapia, fisiatria...
- Unità di Valutazione Geriatrica (UVG).
- Unità di Valutazione Alzheimer (UVA).
- Riabilitazione Generale Geriatrica (RGG) con 75 posti letto.
- Servizi Territoriale: Custode Socio-Sanitario, custode Sociale e Voucher Socio Sanitario per Assistenza Domiciliare Integrata (ADI).
- Centro Diurno Integrato (CDI) con 25 posti.
- Centro Odontoiatrico, in collaborazione con l'Università di Milano-Bicocca.
- Attività in regime di solvenza sia di ricovero che ambulatoriale.

L'Istituto conta un totale di 643 dipendenti tra medici, capo sala, infermieri, fisioterapisti, ASA (ausiliari socio-assistenziali), OSS (operatori socio-sanitari), animatori, personale amministrativo; a questi vanno aggiunti anche dei liberi professionisti.

L'Istituto è situato su un'area complessiva di 35.850 mq. ed è articolato in tre grandi edifici e in due sezioni: sezione Generosa (dal nome della Superiora Generale delle Suore delle Poverelle) e dalla sezione Montini (in ricordo dell'Arcivescovo di Milano diventato poi Papa Paolo VI). Ogni sezione ha cinque piani di degenza collegati, nella parte finale dalla Chiesa.

All'esterno degli edifici e delle sezioni ci sono la palazzina dove ha sede il Centro diurno Integrato, la scuola di laurea in Infermieristica, il convitto per i dipendenti residenti fuori Lombardia e la Cappella del Suffragio.

4. Bacino d'utenza

L'Istituto, attraverso la pluralità dei servizi presenti, offre una risposta differenziata e integrata ai bisogni sociali, sanitari ed etici, soprattutto dell'anziano. Il bacino d'utenza fino a dieci anni fa era limitato ai ricoverati anziani in RSA e lungodegenze riabilitative (con un ridotto numero di posti letto di chirurgia); si è progressivamente esteso in quanto l'offerta dei servizi alla persona si è diffuso sul territorio della città di Milano con il servizio ADI (che ha coperto le aree 7, 8 e prossimamente la 9), i custodi socio assistenziali e il centro diurno integrato.

L'età media dell'utente che accede al servizio è di circa 70 anni. Con l'apertura dei poliambulatori in convenzione (nel 2002) e in solvenza (nel 2008) l'offerta è stata ampliata anche a pazienti con meno comorbilità.

L'utenza che fruisce del nostro servizio ha patologie molto varie: si passa da problemi ortopedici (poliartrosi algiche, esiti di fratture, amputazioni...) a patologie neurologiche (esiti di ictus cerebrali, Parkinson, stati vegetativi...) e, soprattutto per l'utenza che accede ai poliambulatori, disturbi relativi alla postura.

5. Situazione iniziale

La nostra struttura non adotta nessuna procedura interna per la prescrizione di ausili per l'autonomia, sia per quanto riguarda RSA, che per la parte ospedaliera ed ambulatoriale.

I medici geriatri della RSA sono responsabili della prescrizione degli ausili, in assenza di un progetto riabilitativo personalizzato e quindi senza una misurazione del grado di disabilità e di autonomia raggiunta con l'utilizzo dello stesso. La valutazione del presidio viene fatta, però, in collaborazione del FT. Non essendoci la possibilità di provare un ausilio prima della sua prescrizione può capitare che questo non sia sempre adatto alle esigenze del paziente.

Cosa diversa è per la parte ospedaliera (RGG e Casa di Cura) e ambulatoriale in quanto la prescrizione viene effettuata dal medico fisiatra in collaborazione con il FT e inserita in un progetto riabilitativo. Anche in questo caso, però, la probabilità d'errore è alta in quanto non abbiamo la possibilità di poter provare l'ausilio prima della sua prescrizione.

Il momento di prova dell'ausilio ritengo sia una tappa fondamentale per una corretta prescrizione perché solo allora il FT e il fisiatra possono realmente apprezzare la validità del presidio proposto e valutare le capacità di utilizzo dello stesso.

L'esigenza degli operatori è quella di concretizzare ciò che già attualmente si fa sul campo: valutazione e prescrizione ausili garantendo una maggior appropriatezza del presidio stesso anche attraverso la verifica attuata con il collaudo.

Un altro fattore di dispersione è senz'altro costituito dalla mole enorme delle pratiche eseguite su modello 03 (vedi allegato1): dall'analisi fatta per l'anno 2008 (dati sicuramente in difetto in quanto ricavati da fotocopie di modelli 03 di ausili prescritti) si evince un totale di 345 pratiche riguardanti 218 ausili per il reparto RGG e 127 per RSA.

Dai dati relativi al primo semestre del 2009 si evidenzia la tendenza ad un aumento di richieste e prescrizioni di ausili che porteranno quindi ad un maggior dispendio di energie.

AUSILI RGG 2008		AUSILI RSA 2008	
GIRELLI 2 R 2 P	41	GIRELLI 2 R 2 P	19
GIRELLO 4 P	4	GIRELLO 4 P	3
GIRELLO 4 R	28	GIRELLO 4 R	
GIRELLO PER ESTERNO	2	GIRELLO PER ESTERNO	
GIRELLO APP ANTIBRACHIALE	1	GIRELLO APP ANTIBRACHIALE	1
CINGHIA PELVICA		CINGHIA PELVICA	1
CARR. RIGIDA	6	CARR. RIGIDA	18
CARR PIEG STANDARD	30	CARR PIEG STANDARD	30
CARR. PIEG LEGGERA	32	CARR. PIEG LEGGERA	11
BASCULA	5	BASCULA	24
CARR ELETTRICA	3	CARR ELETTRICA	1
CARR. PIEGH. MONOC	1	CARR. PIEGH. MONOC	
MONTASCALE	2	MONTASCALE	
SOLLEVATORI	4	SOLLEVATORI	
LETTO	12	LETTO	
MATERASSO	8	MATERASSO	
TRIANGOLO	3	TRIANGOLO	
CORSETTI / BUSTI	8	CORSETTI / BUSTI	4
TUTORI AI	5	TUTORI AI	2
TUTORI AS		TUTORI AS	2
PROTESI AI	3	PROTESI AI	
SCARPE	9	SCARPE	3
PLANTARI	8	PLANTARI	3
CUSCINI ANTIDEC	2	CUSCINI ANTIDEC	2
ACCESSORI PER DOCCIA E WC	1	ACCESSORI PER DOCCIA E WC	
UNITÀ POSTURALE		UNITÀ POSTURALE	3
STAMPELLE	1	STAMPELLE	
tot	218	tot	127
			TOT 345

Tabella 1: ausili prescritti su modello 03 nell'anno 2008

AUSILI RGG PRIMI 6 MESI 2009		AUSILI RSA PRIMI 6 MESI 2009	
GIRELLI 2 R 2 P	37	GIRELLI 2 R 2 P	
GIRELLO 4 P	1	GIRELLO 4 P	
GIRELLO 4 R	16	GIRELLO 4 R	
GIRELLO PER ESTERNO	1	GIRELLO PER ESTERNO	
GIRELLO APP ANTIBRACHIALE	1	GIRELLO APP ANTIBRACHIALE	
CINGHIA PELVICA	1	CINGHIA PELVICA	1
CARR. RIGIDA	1	CARR. RIGIDA	
CARR PIEG STANDARD	24	CARR PIEG STANDARD	7
CARR. PIEG LEGGERA	25	CARR. PIEG LEGGERA	9
BASCULA	10	BASCULA	20
CARR ELETTRICA		CARR ELETTRICA	
CARR. PIEGH. MONOC		CARR. PIEGH. MONOC	
MONTASCALE	7	MONTASCALE	
SOLLEVATORI	2	SOLLEVATORI	
LETTO	7	LETTO	
MATERASSO	7	MATERASSO	
TRIANGOLO	1	TRIANGOLO	
CORSETTI / BUSTI	4	CORSETTI / BUSTI	1
TUTORI AI	6	TUTORI AI	1
TUTORI AS	1	TUTORI AS	1
PROTESI AI		PROTESI AI	
SCARPE	7	SCARPE	
PLANTARI	7	PLANTARI	
CUSCINI ANTIDEC	6	CUSCINI ANTIDEC	1
ACCESSORI PER DOCCIA E WC	1	ACCESSORI PER DOCCIA E WC	
UNITÀ POSTURALE		UNITÀ POSTURALE	2
STAMPELLE		STAMPELLE	
tot	173	tot	43
		TOT 216	

Tabella 2: ausili prescritti su modello 03 nel primo semestre 2009

Questi dati fanno comprendere che con una mole di lavoro così alta è necessaria una crescente professionalità, richiesta sia dall'utenza che dalle ASL che autorizzano le pratiche.

Inoltre molto spesso vengono richieste da pazienti, parenti o persone che frequentano la struttura informazioni e consulenze specialistiche per l'individuazione e la personalizzazione degli ausili, bisogni che molto spesso vengono concretizzati senza essere inseriti in un progetto riabilitativo.

È importante, invece, che le informazioni e le consulenze specialistiche, siano analizzate valutando diversi aspetti, per delineare adeguate soluzioni e supportarne l'attuazione all'interno di un reale contesto e progetto di vita della persona stessa. Migliorare l'appropriatezza delle prestazioni può ridurre le prescrizioni di ausili non utilizzati, senza spreco di denaro e di risorse.

6. Obiettivi del progetto

Il progetto di organizzazione di un centro ausili all'interno della struttura si propone di avere i seguenti obiettivi:

- Creare un'equipe professionale composta inizialmente dal FT, fisiatra, tecnico ortopedico (servizio SVA) che possa valutare i reali bisogni del paziente inserendo così l'ausilio in un progetto riabilitativo ben preciso, senza limitarsi alla sola prescrizione dello stesso
- Fornire alla struttura un punto di riferimento in campo di ausili dove vengano convogliate tutte le richieste.
- Creare delle procedure differenti a seconda delle realtà presenti in Istituto (RSA, degenza ospedaliera, ambulatori).

- Formare il personale, soprattutto quello che opera in campo riabilitativo, rispetto ad ausili, accessibilità e soluzioni assistive.
- Creare un punto di riferimento all'interno dell'Istituto che possa interfacciarsi direttamente con gli uffici protesici delle ASL in modo da costituire un'interazione ottimale per l'acquisizione dell'ausilio più idoneo (considerato che la maggior parte dei presidi forniti in RSA provengono da fornitura diretta).
- Trovare ed eventualmente ristrutturare un luogo che funga da riferimento del SVA dove poter eseguire delle prove prima della prescrizione e riporre gli ausili più importanti.

7. Articolazione del progetto

Per poter capire come sarà articolato il progetto è necessario sapere quali ausili vengono forniti dalle ASL. Il tutto si può raggruppare in due categorie:

- **fornitura diretta ASL** (senza preventivo di spesa su modello 03)
in questo gruppo sono compresi ausili per la deambulazione e la gestione domiciliare del paziente (letti ortopedici, materassi e cuscini antidecubito, deambulatori, sollevatori, comode e montascale), che vengono assegnati all'assistito, tramite le U.O. protesiche distrettuali e pertanto non munite di preventivo del fornitore (tranne per stampelle tripode-quadripode, che sono fornite solo da negozi di sanitari).
- **fornitura tramite negozio di sanitari convenzionato con il SSN con preventivo di spesa su modello 03.**
ausili personalizzati e personalizzabili dell'elenco 1 (busto ortopedico, protesi d'arto, calzature ortopediche, tutori, ausili per la mobilità...) nonché ausili per la funzione visiva, funzione acustica e comunicazione dell'elenco 2, richiedono il preventivo da effettuare sul modello 03 prima della consegna della documentazione agli uffici competenti.

A seconda dei gruppi di appartenenza la procedura per la prescrizione degli ausili sarà differente. Per motivi logistici è bene distinguere tre contesti assistenziali differenti dove applicare la procedura:

1. RSA
2. Degenza Ospedaliera (U.O. Specialistica , Medicina, RGG)
3. Ambulatoriale

Procedura nella RSA

Soggetti coinvolti: medici di reparto, FT di piano, SVA, fisiatra, T.O, segreteria servizi sociali, fattorino, capo sala, IP.

Obiettivo: inserire la prescrizione degli ausili in un piano riabilitativo individuale, garantendo all'ospite una miglior appropriatezza dello stesso (attraverso la prova) e una velocità d'intervento (attraverso le procedure).

Non tutti gli ospiti dell'RSA hanno bisogno di ausili, anche se, vista l' avanzata età la percentuale di persone che li possiede è alta.

La valutazione iniziale spetta al medico di reparto che, riscontrandone l'eventuale bisogno, compila un modulo di richiesta valutazione ausili (vedi allegato 2) e lo da al terapeuta che opera in quel reparto.

Il FT di piano porta la richiesta allo SVA che insieme al fisiatra valuta l'ausilio all'interno di un progetto riabilitativo personalizzato; tutto verrà realizzato entro una settimana dalla data di compilazione del modulo.

Alla fine della valutazione verrà evidenziato se l'ausilio dovrà:

- essere fornito direttamente dalle ASL ausili poiché appartenente all'elenco 2 (es. carrozzine rigide, ausili per la deambulazione, cuscini)
- essere personalizzato per cui abbinato ad un preventivo da parte del tecnico ortopedico.

1. AUSILIO FORNITO DIRETTAMENTE DALL'ASL

Prima della compilazione dello 03 si provvederà, dove possibile, a provare l'ausilio valutato idoneo; se questo risultasse tale, il fisiatra compilerà lo 03 in tutte le sue parti attenendosi al catalogo fornito dalla ASL. Su questo catalogo sono segnalati tutti gli ausili che la ASL fornisce direttamente senza obbligo di preventivo. Il giorno seguente la pratica verrà consegnata dallo SVA alla segreteria del servizio sociale dell'Istituto che provvederà sia alla registrazione sul data base (che sarà elettronico e posto in una cartella "gruppi", con l'accesso consentito solo tramite una password ad un numero limitato di operatori) (vedi allegato 3), sia alla consegna della stessa (entro la settimana successiva), tramite fattorino, all'ufficio protesi ausili della ASL di competenza. La consegna dell'ausilio dovrà pervenire allo SVA che provvederà, entro due giorni, a portarlo direttamente all'ospite RSA. In questo momento il FT dello SVA valuterà l'idoneità o meno dello stesso provandolo direttamente sul paziente insieme alla capo sala o, in assenza, ad un infermiere professionale di turno del reparto ai quali verrà lasciato un modulo di avvenuta consegna "registro ausili per RSA" (vedi allegato 4).

Formalmente il collaudo degli ausili forniti direttamente dalla ASL non è richiesto dalla sua procedura. I fisiatra della nostra struttura, entro venti giorni dall'avvenuta consegna, verificheranno l'appropriatezza dei requisiti dell'ausilio fornito rispetto la richiesta eseguita. Se l'ausilio non risultasse idoneo il fisiatra, in collaborazione con lo SVA, provvederà a segnalarlo direttamente agli uffici della ASL per un'eventuale sostituzione dello stesso.

Per ogni nucleo RSA è previsto un registro degli ausili ricevuti dove vengono inseriti tutti i moduli di avvenuta consegna e un'etichetta personalizzata per ogni ausilio (vedi allegato 5).

La caposala dovrà sorvegliare che l'ausilio, essendo di proprietà della ASL, venga utilizzato dal paziente a cui è stato effettivamente assegnato: ciò implica che con il decesso del paziente l'ausilio stesso dovrà essere riconsegnato alla ASL che lo ha fornito, tramite il Servizio Sociale dell'Istituto.

Il FT di piano dovrà sempre sorvegliare che l'ausilio sia idoneo; se si dovessero modificare le condizioni del paziente sarà compito del professionista avvisare il medico di reparto per una rivalutazione con il fisiatra e con il SVA.

Nel caso in cui il paziente dovesse ritornare a domicilio o andare in un'altra RSA (cosa che succede di rado) l'ausilio dovrà seguire il paziente.

È importante che il SVA possa contattare direttamente gli uffici protesi ausili del distretto di appartenenza dell'Istituto per garantire una miglior appropriatezza per i presidi forniti direttamente dalla ASL.

2. AUSILIO PERSONALIZZATO

Lo SVA insieme al FT di piano, al tecnico ortopedico e al fisiatra valuterà l'ausilio idoneo provandolo prima della prescrizione; successivamente sarà a carico del fisiatra la compilazione dello 03 in quanto inserito in un progetto riabilitativo valutando dove è possibile una reale misurazione dell'autonomia legata all'ausilio prescritto.

Il giorno successivo lo 03 verrà portato dallo SVA al Servizio Sociale che provvederà alla registrazione in un data base e lo invierà entro la settimana successiva alla ASL di competenza. A questo punto l'ausilio potrà:

- essere fornito direttamente dalla ASL e consegnato allo SVA che registrerà la data di consegna sul data base e si occuperà di portarlo al paziente insieme al FT di piano valutandone così l'appropriatezza;
- essere fornito direttamente da un tecnico ortopedico: la pratica autorizzata arriverà alla segreteria del servizio sociale che si occuperà di consegnarla direttamente allo SVA. Il servizio valutazione ausili contatterà il tecnico ortopedico che ha eseguito il preventivo per consegnare l'ausilio.

A questo punto l'ausilio dovrà essere consegnato direttamente allo SVA dal tecnico ortopedico: insieme si premureranno di provare l'ausilio al piano sul paziente, alla presenza del caposala o, in assenza, ad un infermiere professionale di turno, ai quali verrà consegnato un documento che certifichi l'avvenuta consegna (vedi allegato 4). Anche in questo caso la consegna dell'ausilio verrà

registrata e sarà sempre il capo sala a sorvegliare che l'ausilio in uso venga utilizzato dal paziente a cui è stato effettivamente assegnato.

Entro 20 giorni dall'avvenuta consegna il fisiatra provvederà ad eseguire il collaudo che verrà registrato sul data base.

Con il decesso del paziente l'ausilio stesso dovrà essere riconsegnato alla ASL che lo ha fornito, tramite il Servizio Sociale dell'Istituto. Anche in questo caso, se l'ospite dovesse ritornare a domicilio o andare in un'altra RSA l'ausilio dovrà seguire il paziente.

Procedura nella degenza ospedaliera

Soggetti coinvolti: fisiatra , FT, SVA, T.O, segreteria servizi sociali (quando caso sociale), care givers, medico di reparto.

Obiettivo: garantire al degente una miglior appropriatezza dell'ausilio (attraverso la prova) e una velocità d'intervento (attraverso le procedure).

Come ho già citato precedentemente la degenza ospedaliera si divide, nella nostra realtà, in due nuclei differenti: RGG (riabilitazione generale geriatrica) e Casa di Cura. Anche se la tipologia di pazienti è simile, diverso è il tempo trascorso dell'evento indice della patologia. I pazienti degenti in casa di cura sono considerati in fase acuta per cui con una distanza dall'evento indice inferiore rispetto a coloro che sono degenti in RGG, in quanto considerata riabilitazione post-acuta.

Il fisiatra visita il paziente, il giorno seguente al suo ingresso, stilando un piano riabilitativo individualizzato e segnala al terapeuta a cui viene assegnato la necessità di avere un ausilio o se il paziente ne è già in possesso. In questa fase è necessario che gli operatori siano un po' lungimiranti sulle capacità di recupero del paziente in quanto la degenza, soprattutto quella in casa di cura, è breve. Al contrario si rischierebbe di dimettere il paziente senza l'ausilio necessario.

Una volta valutata la necessità di avere un ausilio il fisioterapista invia la richiesta allo SVA tramite modulo richiesta valutazione ausilio (allegato 2). La settimana successiva si provvederà alla prova dell'ausilio: paziente, fisiatra, fisioterapista, SVA, tecnico ortopedico valuteranno tutti insieme ciò che può essere utile. Importante sarebbe anche il coinvolgimento dei care givers in quanto possono fornire indicazioni su eventuali difficoltà strutturali dell'ambiente in cui vive il paziente. Altrettanto importante, prima della prescrizione, è la valutazione (eseguita in collaborazione tra fisiatra e FT durante un trattamento fisioterapico) delle reali capacità del paziente all'utilizzo dell'ausilio stesso. Un presidio anche se necessario, ma non utilizzato correttamente (non solo per conoscenza, ma per incapacità cognitive) può risultare dannoso al paziente stesso.

Si passerà, successivamente, alla prescrizione su modello 03 da parte del medico fisiatra e, per gli ausili appartenenti all'allegato 1, al preventivo da parte del tecnico ortopedico.

Nella nostra struttura sono presenti quattro tecnici ortopedici (non assunti) che si alternano durante la settimana per garantire le richieste giornaliere: due tecnici sono specializzati in carrozzine e sistemi posturali; uno in ausili minori e protesi per amputati infine l'ultimo si occupa maggiormente di plantari e scarpe su misura. Il paziente può usufruire della loro presenza o scegliere un tecnico di suo gradimento. Non esiste in modulo di accettazione del T.O. in quanto già sul modello 03 il paziente firma la preferenza del tecnico ortopedico scelto in precedenza. La pratica entro due giorni verrà consegnata ai parenti per portarla agli uffici ASL di competenza. Per i casi sociali è il nostro servizio sociale a consegnare le pratiche alla ASL.

Se la pratica fosse autorizzata durante il periodo di degenza (cosa che accade di rado visto le lunghe attese per l'autorizzazione) il tecnico ortopedico provvederà a consegnare direttamente allo SVA l'ausilio in modo da provare in loco l'appropriatezza dello stesso; la stessa cosa vale per le forniture dirette da parte della ASL. Questo sarebbe il percorso riabilitativo ideale in quanto *"aiutare le persone a sperimentarne l'uso sotto supervisione evita inutili frustrazioni e abbandoni precoci dell'ausilio"* (Batavia e Hammer, 1990).

Prima delle dimissioni del paziente il fisiatra provvederà ad eseguire il collaudo; se non andasse a buon fine sarà il medico stesso a contattare l'ASL o il tecnico per la sostituzione dello ausilio.

Tutto ciò verrà segnato ad opera dello SVA sul data base già menzionato in precedenza (vedi allegato 3). Se la pratica non fosse autorizzata durante il periodo di degenza, l'ausilio verrà consegnato a domicilio o da parte del T.O. o dalla ASL. Il collaudo, in questo caso, risulterebbe un po' più

difficile, principalmente per i pazienti con difficoltà motorie, per i quali sarebbe previsto il ritorno in Istituto con l'ausilio (senza un preciso appuntamento) per eseguire il collaudo ad opera del fisiatra. Per i pazienti, invece, che hanno maggior difficoltà motorie è previsto che sia un parente a portare in Istituto l'ausilio in modo che il medico prescrittore possa verificare l'appropriatezza dei requisiti rispetto alla prescrizione.

È previsto anche un momento di follow-up: a tre mesi dalla dimissione (l'appuntamento sarà già segnato sulla lettera di dimissione) il paziente dovrà recarsi direttamente allo SVA con impegnativa di visita fisiatrica e valutazione protesica. Durante questa fase fisiatra e FT dello SVA valuteranno le condizioni motorie del paziente e l'utilizzo dell'ausilio. Durante questo incontro verrà somministrato all'utente il QUEST (valutazione della soddisfazione dell'utente rispetto l'ausilio) (Demers et al, 2004) in modo da lasciare una traccia cartacea della reale appropriatezza dell'ausilio fornito in precedenza.

Procedura negli ambulatori

Soggetti coinvolti: fisiatra , FT, SVA, T.O

Obiettivo: garantire all'utenza un servizio valutazione ausili e una velocità d'intervento (attraverso le procedure).

L'utenza che accede all'ambulatorio per eseguire visite fisiatriche in convenzione o in solvenza è molto vasta e con bisogni differenti. Durante questa visita, il fisiatra ha la possibilità di capire le reali necessità del paziente che possono variare dalla prescrizione di terapie alla necessità di prescrivere ausili. Viene visitato il paziente e stilato il piano riabilitativo individuale; è il **Momento della Presa in Carico**. Se il fisiatra individua la necessità di avere una valutazione ausili compilerà la richiesta su modello (allegato 2). Non essendoci in struttura un ambulatorio dedicato alle valutazioni protesiche, sarà in questa occasione che il fisiatra si accorgerà della necessità da parte del paziente di aver un ausilio e compilerà una richiesta su ricettario sanitario nazionale di valutazione protesica .

Il "modulo SVA per richiesta e valutazione ausili", compilato in tal sede, verrà portato direttamente al servizio SVA, il quale si occuperà di fissare un nuovo appuntamento (entro la settimana) per provare l'ausilio proposto.

Il paziente (con impegnativa compilata in precedenza dal fisiatra) insieme allo SVA, al fisiatra e al tecnico ortopedico valuteranno l'ausilio più corretto: qui ha inizio il **momento progettuale** fase nella quale verranno evidenziati i bisogni di assistenza. Verranno fatte prove per trovare l'ausilio più idoneo. Una volta trovata la soluzione idonea il fisiatra compilerà il modello 03 (**Momento Decisionale**), individuando i codici corretti sul nomenclatore tariffario corrispondenti all'ausilio scelto. Una novità dell'anno 2009 per l'ASL Città Di Milano, è la compilazione tramite modello online, pratica in via di sperimentazione, ma sicuramente più esaustiva soprattutto per la riduzione dei passaggi e dei tempi di autorizzazione. Dove è necessario viene fatto direttamente il preventivo (compilato dal tecnico ortopedico). La documentazione viene consegnata all'utente. Qui ha inizio il **Momento Attuativo**: la pratica viene consegnata alla ASL per l'autorizzazione.

A pratica autorizzata si prevede un altro incontro (fisiatra, FT dello SVA, tecnico ortopedico) dove all'utente verrà consegnato l'ausilio, o, se da fornitura diretta, valutata l'idoneità del presidio: questo è il momento del collaudo. In questa occasione verrà consegnato inoltre, un test di soddisfazione (QUEST) che verrà compilato dall'utente e riconsegnato al servizio dopo circa tre mesi. Ha inizio qui il **Momento della Verifica** passo fondamentale per far emergere eventuali difficoltà incontrate o confermare il programma di intervento attuato.

Anche in questo contesto ambulatoriale verranno segnati tutti i passaggi sul nostro Data Base.

8. Risultati previsti

Ciò che si vuole ottenere con questo progetto è la creazione di un centro di riferimento per la struttura, che possa dare delle risposte adeguate, professionali, organizzate sugli ausili e la loro fornitura rivolto sia all'utenza interna che esterna all'Istituto.

Attraverso le procedure menzionate all'interno di questo elaborato (cap. 7 articolazione del progetto) il servizio SVA si propone di spostare l'attenzione dall'ausilio in sé come mezzo per sopperire ad una disabilità, all'ausilio legato alla persona stessa. *“In questa programmazione, la persona che adotterà l'ausilio non è e non deve essere vista in questo caso semplicemente come “utente” passivo del servizio, tanto meno come “paziente” che attende dall'operatore “competente” la risposta completa al suo problema”* (Andrich, 2007).

In quest'ottica il percorso riabilitativo che si vuole seguire deve sia stabilire l'intervento che quantificarne la terapeuticità. L'intervento, per essere valido, deve quindi indurre modificazioni favorevoli, migliorative e stabili nel tempo.

Con la formazione del servizio si prevede inoltre di poter misurare sia quantitativamente (attraverso il data base interno) che qualitativamente (attraverso il QUEST) le pratiche eseguite; questo porterebbe alla struttura sia una qualità del servizio che un ritorno economico: le valutazioni eseguite in ambulatorio potrebbero essere accompagnata da una prescrizione su ricettario regionale di “valutazione protesica”. Questa impegnativa andrebbe ad innalzare il buget degli ambulatori della nostra struttura.

Sino ad oggi, i fisiatristi all'interno dell'Istituto hanno sempre operato utilizzando un'unica impegnativa e, molto spesso, si sono ritrovati a dover prescrivere ausili senza avere la possibilità di farli provare. L'introduzione di questa impegnativa su ricettario sanitario regionale (“valutazione protesica”) sarebbe utile per garantire un servizio professionale e appropriato alle domande, doveroso sia nei confronti del medico, che della struttura che offre la possibilità di avere questo servizio.

Nell'eventualità di apertura dello SVA i dati raccolti dal data base e dal QUEST potrebbero essere oggetto di studio, confronto e verifica, dando così un valore aggiuntivo al servizio fornito all'utenza che accede.

Fornire delle procedure e delle modalità di intervento renderà più omogeneo il lavoro dei vari operatori, senza nulla togliere alla capacità e professionalità dei singoli.

9. Relazione tecnica

Per realizzare questo progetto – che è attualmente ancora allo stadio di proposta, senza possibilità di definirne la tempistica – si prevede di utilizzare le risorse umane già esistenti, con modificazione del ruolo per alcune ore del tempo lavorativo. Diverso è per le attrezzature e il luogo da destinare al nuovo servizio in quanto è tutto da prevedere. Si stima che siano necessarie le seguenti risorse:

Risorse strutturali (da realizzare ex novo)

- Locale accessibile da utilizzare prevedibilmente nelle mattinate per le valutazioni protesiche con dimensioni minime di 25 mq
- magazzino ausilioteca nelle vicinanze del locale (non è necessario che questi due locali siano separati nel caso si abbia a disposizione uno spazio di almeno 40 mq)

Risorse umane (ridistribuzione mansioni di personale già presente in struttura)

- Un fisiatra presente almeno due ore al giorno
- Un fisioterapista inizialmente a metà tempo (mattina servizio SVA, pomeriggio degenza ospedaliera o RSA)

Formazione

- Invio di un fisioterapista al Corso di Perfezionamento “Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità” (già in corso di realizzazione)

- Formazione sul campo (con corsi interni alla struttura) del personale che opera nei reparti di riabilitazione sul tema di ausili e condivisione programmata della modulistica (*da realizzare*)

Attrezzature e materiali (*da realizzare ex novo*)

- Una scrivania
- Quattro sedie
- Un letto elettrico
- Un computer con monitor e stampante con la possibilità di allacciare una rete con internet e gli altri PC dell'Istituto
- Un armadio per archivio e biblioteca
- Una armadio dove riporre utensileria e piccoli ausili di prova (corsetti, ginocchiere, palmari...)
- Articoli da cancelleria
- Telefono con fax

Parco ausili (*da realizzare ex novo*).

A seguito verranno elencati alcuni degli ausili più prescritti nella struttura.

- Deambulatore 4 punte regolabile in altezza codice Nomenclatore Tariffario 12.06.03.003 (con possibilità di sostituire le punte con le ruote diventando così 2 punte 2 ruote o 4 ruote). Ausilio utile in pazienti con disturbi dell'equilibrio e con difficoltà deambulatorie. Prescritto maggiormente nella nostra realtà ospedaliera.
<esempio: Invacare mod. "Deambulatore chiudibile" (scheda portale SIVA 13978)>
- Deambulatore 4 punte per amputati codice Nomenclatore Tariffario 12.06.03.003 + 12.06.09.109 + 12.06.09.130. Ausilio utile soprattutto in pazienti con amputazioni agli arti inferiori; utile per i cambi posturali seduto in piedi. Prescritto maggiormente nella nostra realtà ospedaliera.
<esempio: Moretti mod. "Deambulatore pieghevole doppia impugnatura" (scheda Moretti Spa RP747)>
- Deambulatore 4 ruote per esterni codice Nomenclatore Tariffario 12.06.09.009. Ausilio utile in pazienti con disturbi dell'equilibrio e con difficoltà deambulatorie. Prescritto per coloro che sono in grado di deambulare anche all'esterno.
<esempio: Dolomite Legacy mod. "Deambulatore con ruote" (scheda portale SIVA 18420)>
- Coppia di stampelle codice Nomenclatore Tariffario 12.03.06.006. Ausilio utile in pazienti con lievi difficoltà deambulatorie o con carico parziale concesso agli arti inferiori.
<esempio: Kometa stampella mod. "Stampella canadese" (scheda portale SIVA 11942)>
- Bastone con impugnatura ergonomica dx e sx. Ausilio utile in pazienti con lievi difficoltà deambulatorie.
<esempio: Kometa bastone mod. "Bastone" (scheda portale SIVA 15665)>
- Quadripode codice Nomenclatore Tariffario 12.03.18.003. Ausilio utile soprattutto in pazienti con esiti di ictus cerebrale.
<esempio: Kometa mod. "Tetrapode" (scheda portale SIVA 15668)>
- Carrozzina pieghevole standard codice Nomenclatore Tariffario 12.21.06.039. Ausilio utile in pazienti che non sono in grado di deambulare per lunghi tragitti. Prescritto maggiormente nella realtà ospedaliera e nella nostra RSA. Trasportabile in macchina.
<esempio: Invacare atlas mod. "Carrozzina ad autospinta posteriore" (scheda portale SIVA 16756)>
- Carrozzina rigida codice Nomenclatore Tariffario 12.21.06.006. Ausilio utile in pazienti che non sono in grado di deambulare e che possono stare seduti solo per poche ore durante la giornata. Prescritto maggiormente nell'RSA.
<esempio: Chinesport mod. "Carrozzina ad autospinta posteriore" (scheda portale SIVA 17700)>
- Carrozzina pieghevole leggera codici Nomenclatore Tariffario 12.21.06.039 + 12.24.03.121 + 12.24.21.106 + 12.24.21.109 + 12.24.21.112.

- Ausilio utile in pazienti che non sono in grado di deambulare, ma che possono autonomamente spostarsi fuori o dentro casa. Aggiuntivi utili per poter entrare in ambienti con porte piccole (dispositivo estrazione rapida delle ruote), per assettare la postura della carrozzina (spostamento perni e sistema porta boccole).
<esempio: Offcarr Ministar mod. "Carrozzina ad autospinta posteriore" (scheda portale SIVA 292)>
- Seggioloni polifunzionali codici Nomenclatore Tariffario 18.09.18.012 + 18.09.18.202 + 18.09.18.205 + 18.09.18.212 + 18.09.18.220 + 18.09.18.223 + 18.09.18.211
Ausilio utile in pazienti che non sono in grado di deambulare e che non controllano capo e tronco da seduti, ma che possono stare seduti più ore durante la giornata. Prescritto maggiormente nella realtà RSA.
<esempio: Invacare Rea Azalea mod. "Carrozzina ad autospinta basculante" (scheda portale SIVA 16762)>
 - Sistema posturale dorso bacino codice Nomenclatore Tariffario 18.09.39.021.
Ausilio utile in pazienti che stanno seduti molte ore durante la giornata per avere un postura corretta e prevenire ulcere da decubito. Prescritto maggiormente nella realtà ospedaliera.
<esempio: Sunrise Medical mod. "Cuscino Schianale Jay Fit" (scheda Sunrise Medical 461012AI)>
 - Cuscini antidecubito codici Nomenclatore Tariffario 03.33.03.012+03.33.03.018.
Utile in pazienti che hanno piaghe da decubito o come prevenzione delle stesse.
<esempio: Jay Care mod. "Cuscino antidecubito" (scheda portale SIVA 8676)>
<esempio: Roh Quadro Select Low Profile mod. "Cuscino antidecubito" (scheda portale SIVA 8870)>
 - Ortesi gamba-piede codici Nomenclatore Tariffario 06.12.06.024+06.12.06.033.
Ausilio utile in pazienti che hanno difficoltà a reclutare i flessori plantari del piede. Prescritto maggiormente nella realtà ospedaliera.
<esempio: Tielle Camp mod. "8671-8672 Doccia per piede equino in polipropilene" (scheda Tielle Camp 389)>
 - Ortesi per ginocchio codici Nomenclatore Tariffario 06.12.09.030 + 06.12.18.256 + 06.12.18.259.
Ausilio utile in pazienti che hanno bisogno di stabilizzare il ginocchio. <esempio: Rot+Ten mod. "Ginocchiera articolata apertura frontale" (scheda Rot+Ten PR3-420)>
 - Ortesi per anca codici Nomenclatore Tariffario 06.12.15.039 + 06.12.18.202 + 06.12.18.133.
Ausilio utile in pazienti che hanno bisogno di immobilizzare l'anca in seguito ad interventi chirurgici. Prescritto maggiormente nella realtà ospedaliera.
<esempio: Tielle Camp mod. "Newcamp II Ortesi funzionale di anca con appoggio condiloideo" (scheda Tielle Camp 352)>
 - Ortesi tronco-bacino codici Nomenclatore Tariffario 06.03.09.018 + 06.03.09.124 + 06.03.09.036 + 06.03.09.157.
Ausilio utile in pazienti che hanno bisogno di contenere il tronco.
<esempio: Tielle Camp mod. "Olympia 112-212Corsetto elastico lombo-sacrale doppia chiusura" (scheda Tielle Camp 304)>
 - Ortesi per polso-mano codice Nomenclatore Tariffario 06.06.12.006.
Ausilio utile in pazienti che hanno bisogno di contenere il polso e le dita.
<esempio: Tielle Camp mod. "325Air soft Ortesi volare per polso, mano e dita" (scheda Tielle Camp 187)>
 - Sollevatore codice Nomenclatore Tariffario 12.36.03.006.
Ausilio utile in pazienti che non possono effettuare spostamenti.
<esempio: Ergolet Atlas mod. "Sollevatore mobile ad imbragatura" (scheda portale SIVA 17180)>
 - Imbragature codicie Nomenclatore Tariffario 12.36.03.103.
Ausilio da utilizzare in associazione al sollevatore.
<esempio: Invacare mod. "Imbragatura universale standard" (scheda portale SIVA 18432)>

10. Scenari

Per rendere più chiaro il nuovo percorso ausili verranno presentati alcuni casi clinici per ognuna delle 3 realtà presenti nella struttura, evidenziando le differenze che verrebbero introdotte con l'approvazione delle procedure proposte.

Degenza ospedaliera (prima del progetto)

La sig.ra DA è degente presso la nostra struttura RGG. Dopo la visita fisiatrica, dal piano riabilitativo individuale emerge che la paziente oltre ad aver bisogno di un ciclo di fisioterapia, necessita anche di aver una postura corretta da seduta. Il fisiatra prescrive un seggiolone polifunzionale (dopo circa 10 giorni dal suo ingresso) e dopo aver chiesto assenso ai familiari fa compilare il preventivo al T.O. presente in struttura (la settimana successiva). Dopo circa una settimana la pratica viene consegnata al medico di reparto che ha il compito di consegnarlo ai parenti (il passaggio non è così immediato, può passare anche una settimana), i quali la portano all'ufficio ASL di competenza e dopo circa un mese quest'ultima viene autorizzata senza fornitura diretta. Il T.O. a pratica autorizzata ordina l'ausilio che arriva alla paziente dopo circa 15 giorni. Fisiatra, FT e T.O. consegnano l'ausilio alla paziente e in loco si accorgono che il modello di quel presidio non è idoneo anche se conforme per quanto riguarda i codici prescritti. A questo punto il T.O. ne ordina uno nuovo che a distanza di circa 15 giorni viene consegnato, valutato idoneo e collaudato.

Il percorso finisce qui senza una rivalutazione a distanza. In conclusione da quando viene valutata la necessità di avere un ausilio a quando viene consegnato passano circa 13 settimane.

Degenza ospedaliera (dopo il progetto)

La sig.ra DA è degente presso la nostra struttura RGG. Dopo la visita fisiatrica, dal piano riabilitativo individuale emerge che la paziente oltre ad aver bisogno di un ciclo di fisioterapia, necessita anche di aver una postura corretta da seduta. Il fisiatra compila il "modello SVA richiesta di valutazione ausili" e lo consegna in giornata al servizio. La settimana successiva viene organizzato un incontro (che può variare da 30 a 60 minuti) con fisiatra, FT, SVA, T.O e dove è possibile il care givers durante il quale provano ausilio più idoneo e compilano direttamente la pratica in tutte le sue parti. Se è presente il familiare viene consegnata direttamente, viceversa verrà data al medico di reparto, il quale la consegnerà ai familiari (il passaggio non è così immediato, può passare anche una settimana).

Il parente consegna la pratica all'ufficio ASL di competenza e dopo circa un mese quest'ultima viene autorizzata senza fornitura diretta. Il T.O., a pratica autorizzata, ordina l'ausilio che arriva allo SVA dopo circa 15 giorni. Fisiatra, FT e T.O., entro 2 giorni, consegnano l'ausilio alla paziente che avendolo già provato in precedenza dovrebbe risultare idoneo e quindi collaudato.

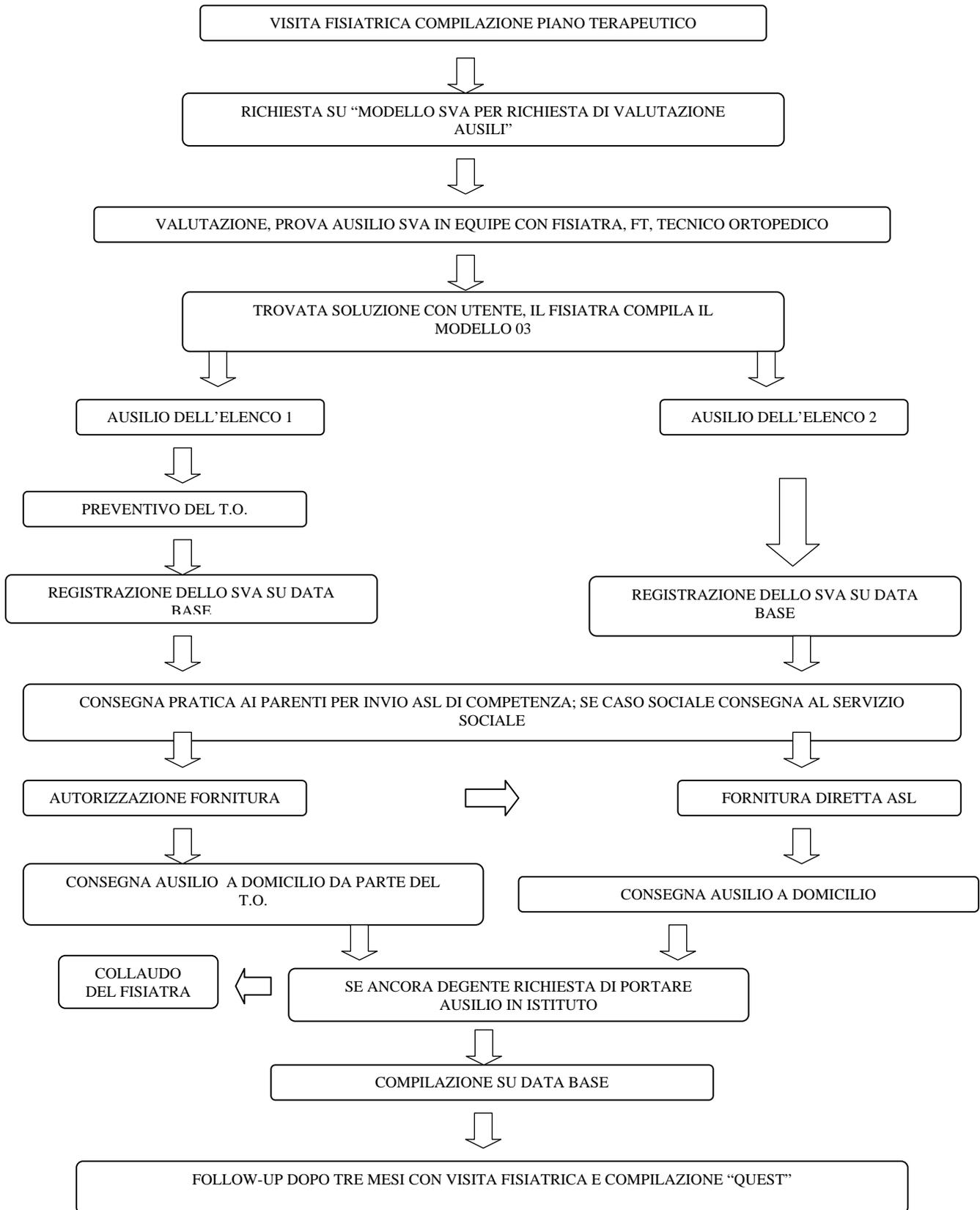
Alla dimissione della paziente viene dato l'appuntamento per rivalutazione dopo circa 3 mesi, con compilazione del QUEST. In conclusione da quando viene valutata la necessità di avere un ausilio a quando viene consegnato passano circa 8 settimane.

Lo SVA si occuperà della registrazione delle varie tappe del percorso sul data base.

Le novità introdotte per la degenza ospedaliera sono:

- Prova dell'ausilio prima della prescrizione
- Coinvolgimento del care givers
- Se possibile la consegna ausilio durante la degenza
- Follow-up dopo tre mesi (appuntamento segnato nella lettera di dimissione) con impegnativa di "visita fisiatrica" e "valutazione protesica"
- Compilazione del QUEST
- Data base

DEGENZA OSPEDALIERA



Ambulatorio (prima del progetto)

Il sig. CB accede al nostro ambulatorio per effettuare una visita fisiatrica. Il medico stila il piano riabilitativo individuale dove emerge che il paziente oltre ad aver bisogno di un ciclo di fisioterapia, necessita anche di un tutore alla caviglia. Il medico si prefigge di consegnare il modello 03 compilato al paziente entro la settimana successiva. A seguito del ritiro, il paziente tramite un T.O. (della struttura o di fiducia) fa eseguire un preventivo di spesa. La pratica compilata viene consegnata all'ufficio ASL di competenza per l'autorizzazione. Dopo circa un mese la pratica viene autorizzata senza fornitura diretta e sarà compito del T.O. provvedere alla consegna.

Il sig. CB dovrà tornare successivamente in ambulatorio per effettuare il collaudo.

Il percorso non prevede ulteriori sviluppi. Non c'è un'indicazione ad una rivalutazione a distanza né la somministrazione di un Test di Gradimento.

Ambulatorio (dopo il progetto)

Il sig. CB accede al nostro ambulatorio per effettuare una visita fisiatrica. Il medico stila il piano riabilitativo individuale dove emerge che il paziente oltre ad aver bisogno di un ciclo di fisioterapia, necessita anche di un tutore alla caviglia. Il fisiatra compila il "modello SVA richiesta di valutazione ausili" e lo consegna in giornata al servizio SVA. Nella stessa sede viene anche fornita al paziente l'impegnativa con dicitura "valutazione protesica", utile al successivo incontro (che può variare da 30 a 60 minuti) che si terrà la settimana successiva, con l'equipe SVA durante il quale viene ricercato e provato l'ausilio più idoneo e viene compilata direttamente la pratica in tutte le sue parti.

In questa sede viene consegnata al paziente che provvederà a portarla all'ufficio dell'ASL di competenza.

Dopo circa un mese la pratica viene autorizzata senza fornitura diretta e sarà compito del servizio SVA organizzare un incontro con il sig. CB per provvedere alla consegna e al collaudo. In questa occasione verrà consegnato il QUEST, che dovrà essere riconsegnato al servizio dopo circa 3 mesi, in sede di follow up.

Lo SVA si occuperà della registrazione delle varie tappe del percorso sul data base.

Le novità introdotte per l'ambulatorio sono:

- Prova dell'ausilio prima della prescrizione
- Inserimento dell'impegnativa "valutazione protesica"
- Compilazione del QUEST
- Data base

AMBULATORIO

VISITA FISIATRICA COMPILAZIONE PIANO TERAPEUTICO

RICHIESTA SU "MODELLO SVA PER RICHIESTA DI VALUTAZIONE AUSILI"

VALUTAZIONE, PROVA AUSILIO SVA IN EQUIPE CON FISIATRA, FT, TECNICO ORTOPEDICO

TROVATA SOLUZIONE CON UTENTE, IL FISIATRA COMPILA IL MODELLO 03

AUSILIO DELL'ELENCO 1

AUSILIO DELL'ELENCO 2

PREVENTIVO DEL T.O.

REGISTRAZIONE DELLO SVA SU DATA BASE

REGISTRAZIONE DELLO SVA SU DATA BASE

CONSEGNA PRATICA ALL'UTENTE PER INVIO ASL DI COMPETENZA

AUTORIZZAZIONE FORNITURA

FORNITURA DIRETTA ASL

CONSEGNA AUSILIO A DOMICILIO DA PARTE DEL T.O.

CONSEGNA AUSILIO A DOMICILIO

COLLAUDO DEL FISIATRA

CONSEGNA AUSILIO AL PZ. PER VERIFICA

COMPILAZIONE SU DATA BASE

FOLLOW-UP DOPO TRE MESI CON VISITA FISIATRICA E COMPILAZIONE "QUEST"

RSA (prima del progetto)

Il medico di reparto, durante la visita periodica al degente, sig. DF, riscontra la necessità di un ausilio per una corretta postura seduta, in quanto quello al momento in suo possesso non risulta più idoneo.

Dopo consulto con il FT di piano, viene compilato il modello 03 (entro 10 giorni) e successivamente, contattato il T.O. della struttura, viene effettuato il preventivo (la settimana successiva).

A discrezione del T.O. consultato, la pratica può esser compilata direttamente in sede di preventivo oppure riconsegnata al FT di piano a distanza di una settimana. Non vengono effettuate prove prima della prescrizione.

Il FT o il medico di piano provvederanno alla consegna del modulo presso i servizi sociali dell'istituto per invio alla ASL di competenza. Dopo circa un mese la pratica viene autorizzata senza fornitura diretta e il T.O., dopo averla ordinata, provvederà a consegnarla direttamente in reparto. Se l'ausilio non fosse idoneo, verrà ricercato un presidio di marca o modello differente più adatto alle condizioni del paziente. Il collaudo viene eseguito dal medico prescrittore entro 20 giorni.

RSA (dopo il progetto)

Il medico di reparto, durante la visita periodica al degente, sig. DF, riscontra la necessità di un ausilio per una corretta postura seduta, in quanto quello al momento in suo possesso non risulta più idoneo.

Il medico di reparto compila il "modello SVA richiesta di valutazione ausili" e lo consegna in giornata al FT di piano, che lo recapiterà al servizio SVA.

L'equipe del servizio provvederà, entro la settimana successiva, a effettuare una prova per stabilire l'ausilio più idoneo, con compilazione del modello 03.

Quest'ultimo verrà consegnato dallo SVA ai servizi sociali che provvederanno a recapitarlo all'ASL di competenza.

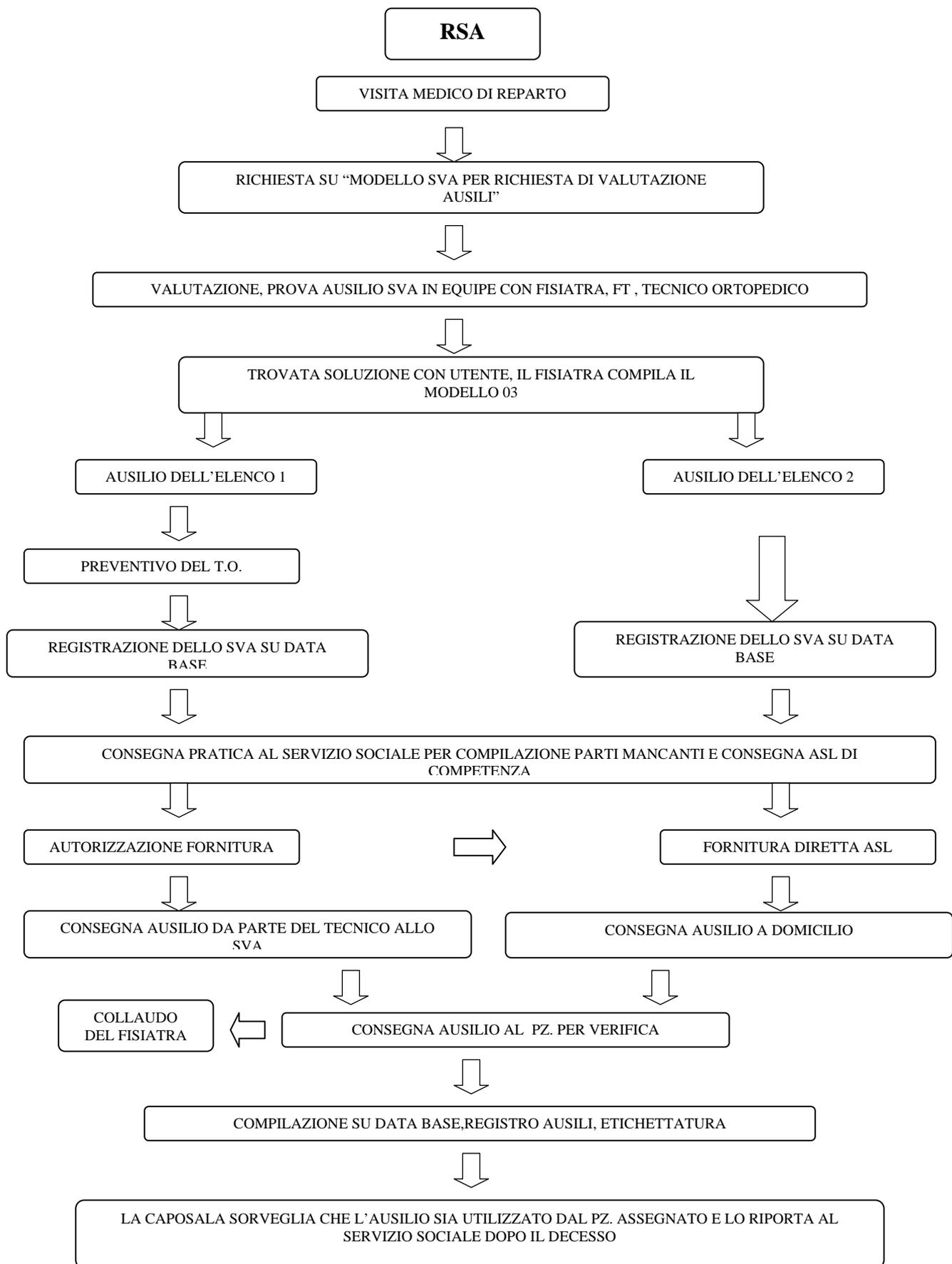
Dopo circa un mese la pratica viene autorizzata senza fornitura diretta e il T.O., dopo averla ordinata, provvederà a consegnarla direttamente allo SVA, che la porterà alla capo sala, provvedendo anche alla compilazione del registro ausili e alla prova in loco del presidio, valutandone l'idoneità.

Il collaudo viene eseguito dal medico prescrittore entro 20 giorni.

Lo SVA e la segreteria del servizio sociale si occuperanno della registrazione delle varie tappe del percorso sul data base.

Le novità introdotte per RSA sono:

- Equipe che valuta l'ausilio all'interno di un progetto riabilitativo individuale
- Prova dell'ausilio prima della prescrizione
- Registro ausili previsto in ogni nucleo
- Etichettatura degli ausili
- Sorveglianza da parte del personale di reparto
- Data base
- Contatto diretto dello SVA con uffici protesici ASL



11. Piano economico

Risorse strutturali¹	Costo annuo (in euro)
Ristrutturazione di un locale accessibile per le valutazioni/visite fisiatriche di controllo	2.000
Ristrutturazione di un locale adibito a magazzino ausilioteca	1.500
Totale	3.500

Risorse umane²	Quantità	Ore/sett	Costo annuo(in euro)
Medico fisiatra	1	10	20.160
Fisioterapista	1	20	22.080
Totale			42.240

Costi di formazione	Costo annuo (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 con disabilità"	1.600
Formazione sul campo del personale che opera nei reparti di riabilitazione sul tema di ausili	6.400
Totale	8.000

Attrezzature e materiali	Costo forfettario (in euro)
Scrivania	400
Sedie	240
Letto elettrico	2.000
Computer con monitor e stampante	815
Armadio per archivio e biblioteca	500
Armadio dove riporre utensileria	500
Articoli da cancelleria	50
Telefono con fax	50
Totale	4.555

Parco ausili³	Costo forfettario (in euro iva compresa)
Deambulatore 4 punte regolabile in altezza con sostituzione punte in ruote	110
Deambulatore 4 punte per amputati	80
Deambulatore 4 ruote per esterni	200
Bastone	20
Stampelle	16
Quadripode	28
Carrozzina pieghevole standard	300
Carrozzina pieghevole leggera	800
Carrozzina rigida	600
1 Seggioloni polifunzionali	1.800
Sistema posturale tronco bacino	1.450
2 Cuscini antidecubito	615
Ortesi arto superiore	110
Ortesi arto inferiore	780
Ortesi tronco-bacino	170
Sollevatore con imbragature	1.000
Totale	8.079

¹ Si presume assegnazione di locali già presenti in Istituto senza costi aggiuntivi

² E' previsto l'utilizzo di personale già presente in struttura senza costi aggiuntivi

³ Materiale lasciato in prova dai tecnici ortopedici presenti nella struttura senza costi aggiuntivi

12.Strumenti di lavoro

Gli strumenti di lavoro che verranno utilizzati sono i seguenti:

Quest (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technologies): misura la soddisfazione dell'utente rispetto all'ausilio e al servizio attraverso il quale l'ausilio è stato fornito (Demers et al, 2004). È di facile comprensibilità e somministrazione. Può essere compilato sia dall'utente che dai familiari e viene consegnato ai pazienti che accedono all'ambulatorio e quelli della degenza ospedaliera. È composto da dodici item di cui otto relative al grado di soddisfazione dell'ausilio e quattro relative ai servizi associati alla fornitura dello stesso. Il punteggio per ogni domanda va da uno (per niente soddisfatto) a cinque (molto soddisfatto). È importante la compilazione di questo test per lasciare una traccia cartacea della reale appropriatezza dell'ausilio fornito in precedenza.

Barthel (Mahoney e Barthel, 1965): valuta il livello di autonomia del paziente; è composto da 10 items, con un punteggio finale che varia da 0 (totale dipendenza) a 100 (totale autonomia). Viene somministrato dagli infermieri professionali il giorno dopo l'ingresso nella degenza ospedaliera e qualche giorno prima della dimissione. È utile per valutare eventuali progressi nell'autonomia del paziente.

Tinetti test (Tinetti, 1986): valuta l'equilibrio e il cammino per quantificare il rischio di caduta. Il test è costituito da 16 item con un punteggio minimo di 0 che rappresenta la totale incapacità di mantenere la postura seduta, e un massimo di 28 che rappresenta la capacità di deambulare autonomamente. Un punteggio inferiore a 19 indica un elevato rischio di cadute. Viene somministrato ai degenti ospedalieri il primo giorno di fisioterapia dal FT e il giorno prima della dimissione. Utile per valutare eventuali progressi motori.

Valutazione carrozzina: è una scheda valutativa costruita dal servizio di fisioterapia dell'Istituto Palazzolo. È composta da una parte iniziale nella quale vengono segnati i dati anagrafici dell'utente e le misure; in seguito vengono segnati i dati relativi alla tipologia dell'ausilio e i relativi accessori. (allegato 6). È a cura del FT la compilazione di tutte le parti e può essere utile per la stesura successiva dello 03. Viene compilato in tutti i casi in cui sia necessaria una prescrizione della carrozzina.

13.Bibliografia

- Andrich R. (2009): *Elementi di misura dell'outcome degli ausili*. Milano: Portale SIVA. www.portale.siva.it
- Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare l'autonomia: ausili e ambiente per la qualità della vita*. Firenze: Giunti OS
- Andrich R (2007): *Concetti generali sugli ausili*. Milano: Fondazione Don Gnocchi. www.portale.siva.it
- Andrich R (1996): *Consigliare gli ausili: organizzazione e metodologia di lavoro dei centri informazione ausili*. Milano. Fondazione Don Gnocchi. Portale SIVA.
- 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, 425-436
- Bomprezzi F (2009): *L'immagine sociale e personale dell'ausilio*. Milano. Dispense Corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia" (Università Cattolica e Fondazione Don Carlo Gnocchi) a.a. 2003-2004. www.portale.siva.it
- Caracciolo A, Redaelli T, Valsecchi L (2008): *Terapia occupazionale*. Milano: Raffaello Cortina
- Demers L, Weiss-Lambrou R, 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
- Mahoney F I, Barthel D W (1965): *Functional evaluation: the Barthel Index*. Mar.St.Med.J. 14:61-65
- Tinetti M E (1986): *Performance-oriented assesement of mobility problems in elderly patients*. JAGS 34:119-126

REGIONE LOMBARDIA

A.S.L. n.

--	--	--	--

PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE

PERIODO DI VALIDITA'

DAL

--	--	--	--

AL

--	--	--	--

RICHIEDENTE: Cod. Reg.le Assistito <table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>													
				sesso									
				<input type="checkbox"/> M	<input type="checkbox"/> F								
				Data di nascita									
COGNOME				NOME									
				<table border="1"><tr><td> </td><td> </td><td> </td><td> </td></tr></table>									
RESIDENZA ANAGRAFICA													
Via													
n..... Comune													
1 VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE													
a) Sintesi dell'analisi funzionale			b) Esiti esami strumentali										
_____			_____										
_____			_____										
_____			_____										
_____			_____										
2 DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA _____													

3 CLASSIFICAZIONE DELLA FORNITURA													
TIPO DI PRESIDIO NECESSARIO	MODALITA' DI FORNITURA			SUPPORTO DESCRIZIONE									
	GRATUITA	A RIMBORSO	TOTALMENTE A CARICO DELL'UTENTE	MOD. 03	RICETTA COD. 7								
<input type="checkbox"/> PROTESI (All. A)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> AUSILI TECNICI (All. B)													
<input type="checkbox"/> Monouso (Cod. 101)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>								
<input type="checkbox"/> Riutilizzabili	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									
<input type="checkbox"/> APPARECCHI (All. C)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>									

N.B.: Per la prescrizione delle protesi acustiche deve essere obbligatoriamente usato lo specifico "ALLEGATO 1" D.M. 39/87/91

4 PRESCRIZIONE			
presidio prescritto	codice relativo	presidio prescritto	codice relativo
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
_____	_____	_____	_____
5 SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO			

6 TEMPI D'IMPIEGO			
___ Ore nella giornata	_____	7 MODALITA' DI CONTROLLO	
___ Giorni nella settimana	_____	___ Data 1° controllo	___ / ___ / ___
___ Settimane nell'anno	_____	___ Data controllo successivo	___ / ___ / ___
___ Altro	_____	___ Altro	_____
8 VARIAZIONI PREVEDIBILI NEL TEMPO		9 CONTRO INDICAZIONI E LIMITI D'IMPIEGO	
___ Entro i limiti prescritti dal nomenclatore		___ Espressamente esplicate all'utente	
<input type="checkbox"/> Possibili	<input type="checkbox"/> Non possibili	_____	
___ Altre _____		___ Altre _____	
TIMBRO DELLA STRUTTURA DI APPARTENENZA DEL MEDICO PRESCRITTORE		IL MEDICO PRESCRITTORE	
		_____	
data ___ / ___ / ___		(FIRMA)	

DATA BASE AUSILI

Per poter quantificare gli ausili prescritti nell'anno e per aver memoria storica degli stessi è stato predisposto un registro informatizzato che si trova in una cartella in condivisa dal nome "DATA BASE AUSILI".

E' a cura dello SVA e della segreteria del servizio sociale l'aggiornamento di questa cartella. I dati previsti sono:

NOMINATIVO
REPARTO
TELEFONO
DATA PRESCRIZIONE
TIPO AUSILIO
CODICI
PRESCRITTORE
PREVENTIVO
FORNITORE
DATA FORNITURA
CONSEGNA ESEGUITA DALLA ASL (si o no)
ASL DI APPARTENENZA
DATA RICONSEGNA ASL
ACQUISTO DIRETTO

ALLEGATO 4



REGISTRO AUSILI PER RSA

PAZIENTE.....

DATA DI NASCITA.....

NUCLEO APPARTENENZA.....

CAPOSALA DI RIFERIMENTO.....

TIPO DI AUSILIO FORNITO

N° ETICHETTA

PROPRIETA' : PERSONALE ASL

DATA ASSEGNAZIONE AUSILIO.....

DATA REVISIONE.....

DATA REVISIONE.....

DATA REVISIONE

FIRMA SVA

FIRMA CAPOSALA

DATA

PROPOSTA DI ETICHETTATURA AUSILI RSA

AUSILIO N° <input type="radio"/> PERSONALE <input type="radio"/> ASL NUCLEO DI APPARTENENZA DATA CONSEGNA	AUSILIO N° <input type="radio"/> PERSONALE <input type="radio"/> ASL NUCLEO DI APPARTENENZA DATA CONSEGNA
AUSILIO N° <input type="radio"/> PERSONALE <input type="radio"/> ASL NUCLEO DI APPARTENENZA DATA CONSEGNA	AUSILIO N° <input type="radio"/> PERSONALE <input type="radio"/> ASL NUCLEO DI APPARTENENZA DATA CONSEGNA

