



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 semplificazione dei percorsi di Fornitura Ausili-Protesi presso la ASL di Biella

CANDIDATO: Catia Iervese

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract. *Questa proposta progettuale intende rispondere alle difficoltà riscontrate nel processo di fornitura di ausili-protesi nel contesto territoriale dell'ASL di Biella (Regione Piemonte). Le principali criticità nella situazione attuale sono:*

- *alta richiesta di ausili di tipo assistenziale - a basso o nullo grado di personalizzazione - per pazienti disabili a domicilio o in RSA, con difficoltà di trasporto, correlate alla patologia/disabilità;*
- *frequenti difficoltà logistiche ed organizzative dell'utente anziano o disabile, che necessita spesso di accompagnatori o mezzi di trasporto per raggiungere gli ambulatori della ASL;*
- *elevate liste d'attesa per la valutazione protesica/ambulatoriale (soggette a regolare prenotazione a CUP-Centro Unico per le Prenotazioni sanitarie), con ritardi nella fornitura degli ausili rispetto alla necessità;*
- *possibile aumento della degenza dei pazienti ricoverati nella SC (Struttura Complessa) per acuti ospedalieri che ottengono la prescrizione di ausili tramite consulenza fisiatrica: questi possono essere soggetti a una pur minima attesa che soggiace allo scambio di richiesta – consulenza tra la SC richiedente e la SC di medicina riabilitativa e la successiva trasmissione della prescrizione agli uffici distrettuali competenti.*
- *sovraccarico organizzativo per i collaudi degli ausili, spesso poco maneggevoli da trasportare in ASL; in alternativa, dispendio di risorse organizzative o temporali nell'esecuzione a domicilio dei collaudi prescritti ai soggetti non deambulanti.*

Il progetto nasce dall'esigenza di ottimizzare ciò che già attualmente si fa in campo della valutazione e della prescrizione degli ausili al fine di garantire una maggiore appropriatezza dell'ausilio stesso: ad esempio, evitare la prescrizione specialistica per la richiesta di alcuni ausili; semplificare i passaggi autorizzativi formali; accorciare i tempi del fornitore; ridurre la modulistica (3 schede dalle 6 attuali); evitare ogni accesso alle nostre sedi da parte di pazienti disabili, o di loro familiari, qualora non sia assolutamente indispensabile.

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:**

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

1. Sintesi del progetto

Scopo del progetto

Il progetto nasce dalla necessità di rivedere, in ottica di miglioramento, la presa in carico e la prescrizione di ausili e protesi per il Paziente che afferisce alla Struttura Complessa di Riabilitazione Territoriale e Domiciliare del Dipartimento di Riabilitazione dell'ASL BI, nella Regione Piemonte.

Spesso è successo, ai fisioterapisti che operano a domicilio, di constatare l'inutilizzo di ausili (letti, sollevatori, carrozzine) abbandonati in un angolo della casa del paziente.

Ciò porta a riflettere sulla qualità e l'opportunità della prescrizione, che sono prerequisiti fondamentali per l'efficacia dell'ausilio, ma non dipendono elusivamente dalla "bravura" dalla "preparazione" del medico che prescrive, bensì dall'efficacia di tutto il processo, che va dall'analisi della domanda, alla valutazione, la presa in carico, la prova, la prescrizione e l'addestramento all'uso dell'ausilio, per arrivare, a distanza di tempo prestabilita, alla verifica che ne accerti il reale uso nell'ambiente domestico, nel quotidiano del Paziente.

Contesto

L'Azienda sanitaria di Biella, istituita fin dal 1 gennaio 1995 ed ora, a partire dal 1° gennaio 2008, denominata ASL BI, è il punto di riferimento nel sistema sanitario pubblico per la popolazione residente.

L'ASL BI opera in favore di 81 Comuni: Andorno Micca, Benna, Biella, Bioglio, Borriana, Brusnengo, Callabiana, Camandona, Camburzano, Campiglia Cervo, Candelo, Casapinta, Castelletto Cervo, Cavaglià, Cerreto Castello, Cerrione, Cossato, Crosa, Curino, Donato, Dorzano, Gaglianico, Graglia, Lessona, Magnano, Massazza, Masserano, Mezzana Mortigliengo, Miagliano, Mongrando, Mosso, Mottalciata, Muzzano, Netro, Occhieppo Inferiore, Occhieppo Superiore, Pettinengo, Piatto, Piedicavallo, Pollone, Ponderano, Pralungo, Quaregna, Quittengo, Ronco Biellese, Roppolo, Rosazza, Sagliano Micca, Sala Biellese, Salussola, Sandigliano, San Paolo Cervo, Selve Marcone, Soprana, Sordevolo, Strona, Tavigliano, Ternengo, Tollegno, Torrazzo, Trivero, Valdengo, Vallanzengo, Valle Mosso, Valle San Nicolao, Veglio, Verrone, Vigliano Biellese, Villa del Bosco, Villanova Biellese, Viverone, Zimone, Zubiena e Zumaglia.

Questi sono suddivisi tra i due distretti sanitari principali: il Distretto Sanitario 1 (Biella) e il Distretto Sanitario 2 (Cossato), al fianco dei quali interagiscono le Unità Operative Territoriali (UOT) di Andorno Micca, Cavaglià, Mongrando, Sandigliano, Trivero, Vallemosso e Vigliano Biellese.

Il numero di residenti, che ne costituiscono il bacino d'utenza, è di circa 187.000 persone, delle quali 11.324 affette da disabilità (Sulis et al, 2008).

Situazione iniziale

La Regione Piemonte, nelle Linee Guida di Applicazione del Nomenclatore Tariffario (Delibera Giunta Regionale n. 87-29577 del 01/03/2000), richiama la necessità che il prescrittore debba essere colui che ha in carico riabilitativo la persona disabile che necessita di ausili.

L'erogazione è fornita in seguito ad una visita specialistica, nella quale è stilata l'eventuale prescrizione, cui deve corrispondere un programma riabilitativo. Il programma indica le premesse e le finalità dell'utilizzo di un determinato dispositivo, le modalità, limiti, durata di utilizzo e le possibili controindicazioni. Sono, inoltre, previsti opportuni momenti di verifica per l'adattamento dell'ausilio.

Intrinsecamente al percorso ausili presso l'ASL BI emergono, tuttavia, criticità:

- Richiesta ausili di tipo assistenziale a basso, o nullo, grado di personalizzazione per pazienti disabili.
- Aumento delle liste d'attesa per la valutazione protesica ambulatoriale.
- Possibile aumento della degenza dei pazienti ricoverati nella SC per acuti ospedalieri, che ottengono la prescrizione di ausili tramite consulenza fisiatrica.

- Frequente dimissione dai medici di reparto con un pacchetto standard di ausili, indipendentemente dalla valutazione del contesto ambientale (domicilio, accessibilità, personale di assistenza) e dalla capacità funzionale del paziente.
- Sovraccarico organizzativo per il collaudo degli ausili.

Situazione che si intende conseguire

L'attivazione di un servizio dedicato agli Ausili dovrebbe, a parer mio, incrementare l'indice di soddisfazione dell'utente e, contestualmente, migliorare l'organizzazione del lavoro di tutti gli operatori in esso implicati.

L'obiettivo principale del progetto è quello di 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 lo 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). Ciò permetterebbe di:

1. ridurre i tempi-spostamento di alcune figure professionali;
2. facilitare il colloquio tra i vari operatori ed eventuali incontri per casi “complessi”;
3. diminuire il numero di “spostamenti” che l'utente stesso deve effettuare;
4. facilitare all'utenza la scelta dell'ausilio più idoneo, consentendo anche una prova di quelli disponibili a magazzino;
5. monitorare il numero degli accessi, la tipologia e la soddisfazione dell'utenza.

Interventi previsti per conseguire tale situazione.

Il primo intervento è l'accentramento della centrale operativa territoriale in un “luogo fisico” all'interno dell'ospedale stesso.

In secondo luogo la formazione di un professionista che migliori le proprie conoscenze e competenze per tutto ciò che concerne gli ausili (attraverso la frequenza al corso di Perfezionamento *“Tecnologie per l'Autonomia e l'integrazione Sociale delle Persone Disabili”* dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano e dalla Fondazione don Carlo Gnocchi).

Devono, quindi, essere stabiliti i momenti connotanti il “percorso Ausili”, che vanno dalla valutazione e presa in carico del paziente, alla verifica e monitoraggio dell'efficacia dell'ausilio nelle reali condizioni di utilizzo.

Momenti caratterizzanti il processo di rivisitazione e ristrutturazione del servizio saranno:

- la valorizzazione delle diverse competenze professionali attraverso la valutazione multidisciplinare del paziente, lo scambio di conoscenze ed informazioni attraverso l'istituzione team meeting;
- il coinvolgimento del paziente e dei familiari, supportato da una corretta informazione di uno Sportello Barriere Architettoniche e l'istituzione di un piccolo parco Ausili da adibire alla prova;
- il follow up necessario per verificare le reali condizioni d'uso dell'ausilio.

2. Premesse teoriche

La medicina riabilitativa, in sinergia con altre discipline mediche, ha come *mission* quella di riportare al più alto livello possibile di autonomia la persona colpita da disabilità. La prescrizione di un ausilio, secondo quanto definito dal DM 332/99 (art. 4), è 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 è infatti *“...un anello molto importante della catena di interventi che compongono il processo di riabilitazione e integrazione sociale...”* (Andrich 2007). Non è da considerare un episodio, ma deve essere interpretato come tassello integrato, nella programmazione

del percorso riabilitativo, in una sinergia multidisciplinare che investe più fattori (medici, terapeutici, tecnici, sociali, psicologici, motivazionali, familiari). *“Scegliere un ausilio, personalizzarlo, addestrare una persona al suo corretto utilizzo, verificare a posteriori se "sul campo" risponde allo scopo per cui e' stato scelto, è compito di forte pregnanza interdisciplinare che comporta valutazioni cliniche, tecniche, psicologiche, sociali. E' compito che richiede chiarezza di obiettivi e che deve vedere nella persona disabile il vero protagonista di una scelta che non può essere imposta ma che egli deve maturare e fare propria”* (Andrich 2007).

Gli **ausili** sono strumenti che servono a migliorare o accrescere l'autonomia della persona disabile e ad essere d'aiuto a chi assiste una persona con disabilità. In particolare, è considerato un ausilio *“... qualsiasi prodotto (inclusi dispositivi, apparecchiature, strumenti, sistemi tecnologici, software), di produzione specializzata o di comune commercio, atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo, alleviare o eliminare menomazioni, limitazioni nelle attività, o ostacoli alla partecipazione”* (Standard internazionale ISO 9999:2007). Lo standard ISO individua 10 classi di ausili:

- 04 Ausili per trattamenti sanitari personali
- 05 Ausili per addestramento di abilità
- 06 Protesi e ortesi
- 09 Ausili per la cura e la protezione personale
- 12 Ausili per la mobilità personale
- 15 Ausili per la cura della casa
- 18 Mobilia e adattamenti per la casa o altri edifici
- 22 Ausili per la comunicazione, l'informazione e segnalazione
- 24 Ausili per manovrare oggetti e dispositivi
- 27 Ausili per miglioramento ambientale, utensili e macchine
- 30 Ausili per attività di tempo libero.

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.

“L'adozione di un ausilio... 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).

Questo lavoro si propone di fornire un'ipotesi di soluzione a criticità che attualmente esistono all'interno del Servizio di Riabilitazione Territoriale e Domiciliare per cui attualmente lavoro come fisioterapista.

Nella realtà dei fatti, la prescrizione avviene spesso come un atto isolato, con scarso raccordo tra medico *prescrittore* ed operatori della riabilitazione e, anche nei casi in cui l'ausilio viene prescritto in base ad un progetto riabilitativo, non c'è poi la possibilità di effettuare verifiche nel tempo.

Occorre quindi di formulare un "percorso ausili", sia per i pazienti dimessi dall'ospedale che per quelli che accedono al Servizio Territoriale, che sappia dare delle risposte adeguate alle necessità dell'utenza. E' necessario quindi adeguare le forme organizzative ai bisogni: una sinergia di competenze finalizzata al miglioramento delle condizioni di vita di coloro che a noi si affidano.

3. Contesto

La ASL BI della Provincia di Biella si colloca nella zona nord occidentale del Piemonte, circondata dalla provincia di Vercelli, a sud e a est, e protetta a dalle Alpi dei rilievi del Massiccio del M. Rosa e dalla linearità della Serra di Ivrea, a ovest.

La competenza dell' ASL BI investe 81 comuni sugli 82 della della Provincia pedemontana. Il comune mancante, quello di Giffenga, appartiene alla ASL di Vercelli ed è in attesa di passare a quella di Biella.

L'Azienda sanitaria di Biella, istituita fin dal 1 gennaio 1995 ed ora, a partire dal 1° gennaio 2008, denominata ASL BI, ha la sede legale a Biella (capoluogo di provincia della Regione Piemonte) ed è l'unico punto di riferimento nel sistema sanitario pubblico per la popolazione residente.

Nel giro di qualche anno l'Azienda Sanitaria Locale di Biella disporrà di un Ospedale nuovo in Regione Villanetto a Ponderano (BI).

Attualmente è in funzione l'Ospedale degli Infermi, situato a Biella in via Caraccio, 5. È una struttura flessibile che effettua attività di ricovero, day-hospital, day-surgery, week-surgery, day-service ed ambulatorio per varie specialità e si aggiorna costantemente nei metodi di cura e nelle attrezzature per garantire qualità ed eccellenza nelle prestazioni e nei servizi erogati.

Consideriamo “*persone con disabilità*” coloro che, escludendo le condizioni riferite a limitazioni temporanee, hanno dichiarato di non essere in grado nello svolgere le abituali funzioni quotidiane, pur tenendo conto dell'eventuale ausilio di apparecchi sanitari (protesi, bastoni, occhiali, ecc.). Le funzioni essenziali della vita quotidiana comprendono: le Attività della Vita Quotidiana (autonomia nel camminare, nel salire le scale, nel chinarsi, nel coricarsi, nel sedersi, vestirsi, lavarsi, fare il bagno, mangiare), il confinamento a letto, su una sedia (non a rotelle), in casa, e le difficoltà sensoriali (sentire, vedere, parlare).

Un progetto recente compiuto a livello locale ed incentrato sul tema della popolazione disabile adulta, ha stimato la presenza di circa 11.324 persone disabili presenti nel Biellese (Sulis et al, 2008).

Fasce di età	Numero di persone disabili (stima)
0-17 anni	450
18-64 anni	2.064
65 anni e oltre	8.810
Totale	11.324

Si nota come il numero di persone disabili sia concentrato, in modo peraltro comprensibile, nelle fasce di età più anziane, soprattutto in quella ultra 80enne, e riguardi in particolare la popolazione femminile, mediamente più longeva di quella maschile: sono, infatti, circa 4.500 le donne anziane con disabilità, rispetto a 1.500 uomini.

I servizi di medicina riabilitativa dell' ASL BI sono molteplici e comprendono:

- Ricovero di riabilitazione intensiva
- Attività di consulenza e pianificazione di trattamento riabilitativo domiciliare
- Visita specialistica fisiatrica con formulazione del progetto obiettivo individuale
- Visite per la prescrizione di ausili e protesi
- Rieducazione motoria/neuromotoria
- Rieducazione logopedica
- Rieducazione delle funzioni integrative superiori
- Terapia antalgica iniettiva e manuale
- Consulenze presso altri Reparti dell' Ospedale dedicati al ricovero in acuzie
- Consulenza presso la post-degenza riabilitativa
- Partecipazione a commissioni istituzionali

4. Bacino d'utenza

La popolazione nella provincia si distribuisce in modo disomogeneo sul territorio, concentrandosi maggiormente in alcuni centri urbani e, sempre più, nei comuni della prima periferia del capoluogo e nella zona di pianura.

L'articolazione per aggregazioni territoriali e fasce di età, consente di leggere come si distribuiscono i 187.000 residenti in Provincia: nei due centri urbani maggiori (Biella e Cossato, con circa 46.000 e 15.000 abitanti), nella fascia di pianura tra l'Elvo e il Cervo (circa 25.000 abitanti) e nelle colline centrali.

	0-14	15-29	30-64	65-74	75 +	Totale
Bassa valle Cervo	1151	1254	4733	1115	1181	8434
Alta Valle Cervo	95	98	400	114	133	840
Pianura Elvo Cervo	3173	3543	12915	3033	2644	25308
Serra	1749	2027	7395	1658	1600	14429
Valle Elvo	2384	2573	9976	2408	2256	19597
Colline Centrali e Pralungo	2782	3117	11829	2903	2684	23325
Colline orientali	912	1022	3982	877	1149	7842
Vlle Strona e Msso	2075	2255	8341	2227	2250	17148
Valle Sessera	917	980	3995	1159	1291	8342
Biella	5432	6016	22567	5945	6166	46126
Cossato	1700	2013	7482	1947	1858	15000
	22380	24898	93615	22386	23211	187491

La distribuzione della popolazione per fasce di età, mostra chiaramente come la popolazione di alcune valli sia particolarmente anziana, mentre i comuni di pianura siano relativamente più giovani (Sulis et al, 2008).

5. Situazione iniziale

Al fine di comprendere appieno la complessità dei percorsi di fornitura degli ausili e delle protesi, sarà opportuno sottolineare preliminarmente delle distinzioni riguardanti la tipologia dei prodotti, dei pazienti e dei loro contesti al momento della richiesta. Esistono, per regolamento aziendale della ASL BI, due gruppi distinti di ausili e protesi:

- **Gruppo 1:** prodotti complessi/personalizzati, per i quali occorre la prescrizione specialistica (fisiatrica, geriatria, ortopedica,...). La prescrizione di protesi, ortesi ed ausili complessi rimane un'attività specialistica comprendente una serie di interventi (visita, valutazione, prescrizione, verifica e collaudo), sommariamente indicata nella normativa DM 322799, che elenca anche gli ausili prescrivibili e di possibile aggiornamento con la definizione dei nuovi LEA. Tale attività è stata inquadrata nel progetto Riabilitativo Individuale, definito nelle linee guida del Ministero della Sanità come elemento essenziale per la tutela della persona disabile (G.U. 30 maggio 1998) che vede il fisiatra come responsabile di tale progetto.
- **Gruppo 2:** Prodotti più semplici (comprendenti anche gli ausili per l'incontinenza), direttamente prescrivibili dal MMG (Medico di Medicina Generale), dal PLS (Pediatri di Libera Scelta) o dal Medico Ospedaliero del reparto di degenza del paziente e forniti direttamente dall'Azienda tramite ditte appaltanti.

Due sono le tipologie di pazienti che, con modalità diverse hanno diritto ad accedere alle due tipologie di prodotti:

- a) gli invalidi e “assimilati” (ai fini delle forniture): hanno diritto alla fornitura sia dei prodotti appartenenti al Gruppo 1 (previa prescrizione specialistica), sia a quelli del Gruppo 2 (prescrizione MMG, medico ospedaliero, ...). Sono comprese le seguenti categorie di persone:
- coloro i quali sono affetti da invalidità riconosciuta o che abbiano presentato domanda di invalidità;
 - i non vedenti;
 - i minori di 18 anni, per la prevenzione, la cura, la riabilitazione di una possibile invalidità permanente,
 - i soggetti con pratica INAIL aperta
- b) persone con elevato livello di non autosufficienza in carico alle cure domiciliari: hanno diritto alla fornitura dei prodotti da gruppo 2 con la procedura semplificata, mentre per i prodotti del gruppo 1 devono naturalmente seguire la procedura già descritta. Il diritto riguarda tutte le tipologie di Cure Domiciliari:
- ADI: assistenza Domiciliare Integrata
 - ADP: Assistenza Domiciliare Programmata dal MMG e dal PLS
 - SID: Servizio Infermieristico Domiciliare

Il riferimento normativo generale è oggi il DM 27 agosto 1999 n. 332 “ *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell’ambito del Servizio Sanitario Nazionale, modalità di erogazione e tariffe*”. Questo sarà probabilmente sostituito da un DPCM di imminente pubblicazione, concernente la nuova definizione dei Livelli Essenziali di Assistenza (LEA).

A ciò si è affiancato in Piemonte il DGR n 45-14975 del 07-03-2005 (BURP del 17-03-2005), che individua come percorso omogeneo, sul territorio regionale, l’erogazione degli ausili ai pazienti assistiti in Cure Domiciliari a cura dell’equipe delle Cure Domiciliari stesse, applicando la facoltà alle USSL di erogare direttamente i presidi sanitari gli ausili per i pazienti in ADI, sotto il controllo dei rispettivi servizi di Assistenza Sanitaria di Base su prescrizione dei medici di medicina generale già definita nel DGR 191-35135 del 23-05-1994.

Le criticità caratterizzanti la situazione attuale nella ASL di Biella ineriscono i punti sotto schematizzati:

1. Richiesta di ausili di tipo assistenziale, a basso o nullo grado di personalizzazione per pazienti disabili a domicilio o in RSA, con difficoltà di trasporto a causa della patologie/disabilità
2. difficoltà logistiche e organizzative dell’utente anziano/disabile, che necessita spesso dell’assistenza di accompagnatori o dell’ausilio di mezzi di trasporto dedicati per giungere agli ambulatori della ASL. Anche per i prodotti del Gruppo 2, l’utente – a valle di una prenotazione di valutazione protesica ambulatoriale – deve effettuare un duplice accesso alle SC di Medicina Riabilitativa: prima per la valutazione, la prescrizione e poi per del collaudo.
3. aumento della lista di attesa per la valutazione protesica ambulatoriale, con ritardi nella fornitura degli ausili. Anche questa soggetta a prenotazione presso i CUP.
4. possibile aumento della degenza dei pazienti ricoverati nelle SC per acuti ospedalieri che ottengono la prescrizione di ausili tramite consulenza fisiatica; questi possono incappare in una minima attesa dovuta allo scambio/consulenza tra la SC richiedente e la SC di Medicina Riabilitativa e la successiva trasmissione della prescrizione agli uffici distrettuali competenti.
5. difficoltà che emergono da un sovraccarico organizzativo per i collaudi degli ausili, spesso poco maneggevoli da trasportare in ASL o in alternativa il dispendio di tempo e di risorse da dedicare all’esecuzione a domicilio dei collaudi prescritti ai soggetti non deambulanti.

La Struttura Complessa di Medicina Riabilitativa di Biella è una struttura di riabilitazione di II livello, ossia si occupa di riabilitazione intensiva in regime di ricovero per disabilità complesse, di riabilitazione ambulatoriale e domiciliare e si occupa delle attività di riabilitazione territoriale gestite con il supporto di altri enti.

I pazienti ricoverati in Riabilitazione a Biella sono affetti da disabilità complesse, per lo più di origine neurologica (traumi cranici, ictus e neuropatie) e ortopedica (interventi di chirurgia maggiore di anca o di ginocchio, oppure sequele di politraumatismi).

Nel **ricovero** di riabilitazione intensiva, il paziente viene innanzitutto valutato dal punto di vista dei suoi bisogni, assistenziali, internistici e riabilitativi. Nel corso del ricovero si elabora un progetto riabilitativo individuale, dove viene prospettato un percorso di tipo riabilitativo con precisi obiettivi, il cui raggiungimento viene riferito anche alla tempistica necessaria e agli interventi rieducativi e medici intrapresi.

I dati di ricovero si assestano sui 250-270 ricoveri/anno e 50 day hospital. I tempi medi di ricovero sono di 21 giorni di degenza, con tempi più lunghi per le disabilità neurologiche e più brevi per le disabilità ortopediche.

Andando ad analizzare l'eziologia dei ricoveri possiamo vedere che:

- circa il 55% dei ricoverati ha una disabilità ortopedica
- il restante 45% una disabilità neurologica.

La Medicina Riabilitativa eroga circa 900 consulenze fisiatriche all'anno presso altri reparti. Al ricovero in Medicina Riabilitativa si giunge per trasferimento in più del 90% dei casi, proveniente da un altro reparto ospedaliero dell'ASL o esterno.

I reparti dell'ospedale di Biella formulano una richiesta di consulenza fisiatica e lo specialista valuta se effettivamente serve un percorso di riabilitazione intensiva per il quale viene programmato il ricovero, oppure se si rendono più opportuni altri percorsi (domiciliare, ambulatoriale, assistenziale ecc). I reparti da cui proviene la maggioranza dei ricoveri in Riabilitazione sono la Neurologia e l'Ortopedia. Vi sono poi richieste da ospedali esterni se il paziente biellese è là ricoverato. È comunque sempre il reparto che avanza la richiesta di ricovero in Medicina Riabilitativa mandando una relazione a cui seguono accordi telefonici e successivamente la presa in carico. In una minoranza dei casi (meno del 10% dei ricoveri), il paziente proviene dal proprio domicilio. La proposta di ricovero spesso segue una visita ambulatoriale o domiciliare che verifica una situazione clinica, riabilitativa e domiciliare poco gestibile e necessitante di provvedimenti complessi.

Un dato di interesse può essere quello dei trattamenti rieducativi fisioterapici ambulatoriali, che nel 2007 hanno riguardato circa 2000 pazienti. Per la precisione, si è trattato delle seguenti tipologie :

Tipologie di trattamenti fisioterapici	Anno 2007
Traumi/frattura/interventi ortopedici	1372 (di cui 813 interventi ortopedici)
Malattie neurologiche centrali e periferiche	87
Rachialgie	165
Algie altre articolazioni	268
Bambini con patologie complesse	11
Linfodrenaggio	64
Altro	60
TOTALE	2027

La scelta dell'ausilio è un'operazione complessa, per la quale occorre una valutazione attenta sulla base delle esigenze e dei bisogni della persona che lo utilizzerà. Tale scelta deve coinvolgere la persona e anche i suoi famigliari, gli operatori, il fisioterapista, l'assistente ecc.

Per quanto riguarda la fornitura, l'azienda ASL può dare in dotazione alcuni ausili oppure coprire il costo della spesa sostenuta per l'acquisto, fino alla quota prevista per tale dispositivo nel *Nomenclatore tariffario* delle protesi previsto dalla L.104/1992 e attuato con il DM 332 del 27/08/1999. Tale documento viene periodicamente aggiornato dal Ministero della Salute, il quale provvede anche a stabilire la tipologia e le modalità di fornitura di protesi e ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale. Il Decreto Ministeriale contiene le disposizioni che individuano gli aventi diritto alle forniture sopra citate, le modalità di erogazione e i termini per il loro rinnovo.

Il nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili tecnici contiene inoltre l'elenco suddiviso in tre parti, secondo una tipologia di ausili così articolata:

- Dispositivi realizzati su misura destinati ad un determinato paziente. Es: corsetti, scarpe ortopediche, plantari ecc.

- Dispositivi fabbricati in serie e che non necessitano dell'intervento di un tecnico per l'installazione (Es:cateteri, cuscini e materassi antidecubito, stampanti Braille ecc).
- Dispositivi acquistati direttamente dalle Aziende sanitarie ed assegnati in comodato d'uso all'assistito (Es: ventilatori polmonari, apparecchi per l'alimentazione enterale, microinfusori ecc).

Hanno diritto alla fornitura a carico del Sistema Sanitario Nazionale coloro a cui, in seguito ad un accertamento sanitario, sia stata riscontrata una menomazione che comporti una riduzione della capacità funzionali ed in particolare:

- Chi ha già ottenuto il riconoscimento dell'invalidità civile da parte dell'apposita commissione medica, comportante una riduzione della capacità lavorativa superiore al 33%;
- Chi è già stato sottoposto alla visita medico-legale dalla quale risulta una patologia che comporta sicuramente una riduzione delle capacità lavorative superiore ad 1/3 ed è in attesa di ricevere il verbale dell'invalidità civile;
- Chi non è ancora stato sottoposto a visita medico legale ma ha presentato domanda di accertamento dell'invalidità richiedendo il riconoscimento dell'inabilità lavorativa totale e permanente con necessità di assistenza continua, non essendo in grado di compiere gli atti quotidiani della vita (100% + indennità di accompagnamento);
- Gli invalidi di guerra, per servizio, gli individui privi della vista e i sordomuti;
- I minori di anni 18 che necessitano di interventi di prevenzione, cure e riabilitazione di una invalidità permanente;
- I pazienti in attesa di accertamento entero-urostomizzati, laringetomizzati, tracheostomizzati o amputati di arto, le donne che abbiano subito un intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore sull'occhio, previa presentazione di certificazione medica" (N.T.P. art. 2 – comma d);
- I ricoverati in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità" (N.T.P. art. 2 – comma e).

L'erogazione viene fornita in seguito ad una visita specialistica, nella quale viene stilata l'eventuale prescrizione, a cui deve corrispondere un *programma riabilitativo*. Il programma indica premesse e finalità dell'utilizzo di un determinato dispositivo, le modalità, limiti, durata di utilizzo e le possibili controindicazioni. Nel programma riabilitativo sono inoltre previsti opportuni momenti di verifica per l'adattamento dell'ausilio.

L'Azienda ASL, successivamente ad un'indagine sociale preventiva che deve attestare l'assoluta indispensabilità di tale dispositivo, può rilasciare l'autorizzazione alla fornitura.

Se l'ausilio rientra nel Nomenclatore Tariffario totalmente o parzialmente, il medico specialista di una Azienda Sanitaria o Ospedaliera, dipendente o convenzionato, competente per tipologia di menomazione o disabilità, effettua la prescrizione. La Regione Piemonte, nelle Linee Guida di applicazione del Nomenclatore Tariffario (Delibera Giunta Regionale n. 87 – 29577 del 01.03.00) richiama l'opportunità che il prescrittore sia comunque chi ha in carico riabilitativo il disabile che necessita di ausili.

Gli ausili prescrivibili a totale carico dell'ASL sono quelli compresi negli elenchi 1), 2) e 3) del Nomenclatore Tariffario. Qualora l'assistito scelga un tipo o modello di dispositivo non incluso nel Nomenclatore ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, per omogeneità funzionale a quello prescritto,

l'ASL autorizza la *fornitura* e corrisponde al fornitore una remunerazione non superiore alla tariffa applicata; pertanto l'assistito integra la cifra rimanente e riceve dal fornitore relativa fattura, detraibile ai fini fiscali. Lo specialista deve dichiarare la ri-conducibilità, cioè l'omogeneità funzionale, non tecnica, dell'ausilio, a prezzo diverso.

La prescrizione deve comprendere, secondo quanto indicato nel D.M. 332 del 27.08.99:

- una diagnosi circostanziata che scaturisca da una completa valutazione clinica e strumentale;
- l'indicazione del presidio con il codice di riferimento di cui al nomenclatore tariffario (classificazione ISO);
- un programma terapeutico comprendente: tempi di impiego de presidio, modalità di controllo, variazioni prevedibili nel tempo, possibili controindicazioni e limiti d'impiego – significato terapeutico e riabilitativo.

Alla prescrizione segue la richiesta di preventivo ad una ditta autorizzata, cioè inclusa in un apposito elenco regionale consultabile presso l'ASL, scelta dal disabile. In alcuni casi possono essere richiesti dall'ASL più di un preventivo. In alcuni casi, ancora, gli ausili vengono forniti direttamente dall'ASL a seguito di una fornitura da ditta individuata tramite appalto regionale.

La prescrizione viene quindi autorizzata dall'Azienda Sanitaria di residenza. L'ASL deve rispondere in tempi stabiliti dalla legge alla richiesta di autorizzazione: per la prima fornitura entro 20 giorni dalla richiesta. Trascorso tale tempo, se l'ASL non si è pronunciata, la fornitura si intende concessa. Con la prescrizione è possibile recarsi dal fornitore prescelto per il ritiro dell'ausilio richiesto.

Il Nomenclatore tariffario precisa i termini e i tempi di consegna dei presidi. Stabilisce inoltre che “ (...) il fornitore fornisce al paziente ed eventualmente a chi lo assiste dettagliate istruzioni sulla manutenzione e sull'uso del dispositivo erogato anche a mezzo di indicazioni scritte” (art. 4 - comma 9).

Entro 20 giorni dal ritiro dell'ausilio deve essere effettuato il *collaudo* presso lo specialista prescrittore o uno specialista appartenente all'unità operativa che lo ha prescritto. Il collaudo è la verifica da parte dello specialista della congruità clinica dell'ausilio rispetto alla prescrizione. E' anche un atto amministrativo che verifica la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione ed è necessario per avviare la procedura di pagamento a carico del SSN.

6. Obiettivi del progetto

Il progetto propone l'estensione della competenza prescrittiva per alcuni presidi di tipo assistenziale a basso o nullo grado di personalizzazione (Gruppo 2: prodotti più semplici compresi quelli per l'incontinenza) agli specialisti ospedalieri per i pazienti ricoverati nei reparti di degenza dell'ospedale ed ai MMG per malati assistiti a domicilio o presso le strutture protette.

La competenza prescrittiva sarà limitata a quanto contenuto nel gruppo 2, in particolare:

- a. Ausili monouso per l'incontinenza, con esclusione di quelli correlati a quadri patologici particolari in presenza di stomie, cateteri esterni o interni,
- b. Ausili semplici per la gestione del paziente allettato,
- c. Ausili per la movimentazione del paziente nel suo ambiente per brevi tratti, nel caso in cui il malato non presenti posture scorrette.

Per quanto riguarda la diabetologia, si prevede la possibilità per i medici della S.O. di diabetologia di prescrizione di calzature per soggetti diabetici (limitatamente a calzature e plantari) in regime ambulatoriali. Tali prestazioni dovranno regolarmente tariffate secondo la normativa vigente.

Per ciò che concerne il collaudo, lo stesso si intenderà effettuato con risultato positivo salvo segnalazione di eventuale inadeguatezza da parte del medico di medicina generale, rivolta all'Ufficio Protesi Distrettuale, entro 15 gg dalla consegna a domicilio dell'Ausilio. Per motivi in gran parte logistici, occorrerà distinguere due contesti, che necessariamente richiedono percorsi in parte diversi:

- *degenza ospedaliera*: Il Paziente che, nel momento in cui emerge la necessità di un ausilio, è ricoverato in ospedale e la fornitura dell'ausilio a domicilio costituisce elemento importante o

indispensabile per effettuare una dimissione adeguata. Per velocizzare l'assolvimento dei compiti è opportuno che i reparti evitino, come talvolta accade, di avanzare richieste "a singhiozzo" per lo stesso paziente, o di inviare la richiesta al momento della dimissione, senza un anticipo che tenga conto dei tempi necessari.

- *domicilio o struttura*: Paziente che, all'insorgere della necessità di un ausilio, si trova al proprio domicilio oppure in una struttura per anziani o disabili (compreso lo SCI di Trivero).

Dal punto di vista pratico saranno distinte 2 fasi:

- *valutazione / prescrizione*. Esaminata nelle varie tipologie (degenza o domicilio, invalido o cure domiciliari, presidio complesso o semplice). Inizia con l'emergere della necessità di un paziente e termina con la trasmissione della prescrizione all'Ufficio Ausili – Protesi del Distretto territorialmente competente.
- *Acquisto / fornitura*. È la parte di competenza degli uffici-Protesi dei due distretti, che inizia dall'arrivo della prescrizione all'Ufficio e termina con la fornitura a domicilio dell'ausilio. Ha un percorso che, seppur con alcune differenze amministrativo-contabili, segue un iter sostanzialmente sovrapponibile nelle diverse forme di prescrizione o contesto, e sarà quindi trattato in un unico passaggio nel documento.

I tempi di consegna indicati nella procedura attuale, valgono per l'attuale fornitore aggiudicatario della gara di appalto. Nel caso in cui occorra ricorrere ad altri fornitori (ad es. per cuscini, ausili anti decubito, sollevatori) i tempi possono talora allungarsi anche considerevolmente (fino a 2–3 settimane). Con la nuova proposta progettuale tali problemi dovrebbero essere superati con una nuova gara di appalto, che eviterà anche il problema delle forniture multiple che si verificano quando sono coinvolti diversi fornitori. I tempi di consegna della ditta, per i prodotti a magazzino, saranno ridotti dagli attuali 2 o 5 gg (urgenze o non urgenze) a 1 e 3 gg. Le nuove procedure saranno finalizzate a:

- Estendere il diritto agli Ausili e Protesi a tutti i Pazienti effettivamente in carico alle cure domiciliari (ADI, ADP, SID);
- Ad evitare la prescrizione specialistica (fisiatrica, geriatria, ecc...) per le richieste di alcuni ausili semplici (da Gruppo 2);
- Quando il MMG ed il Medico di Distretto non hanno dubbi sull'appropriatezza di un progetto di cure domiciliari, avviare rapidamente la fornitura di ausili, formalizzando l'apertura dell'intervento di cure domiciliari parallelamente alla fornitura, evitando in ogni caso di rallentarla.
- Evitare in ogni caso che il paziente debba fornire documentazione comprovante informazioni già in nostro possesso (es. la residenza), o addirittura direttamente dipendenti dall' ASL (es. stato di invalidità) acquisendo tali informazioni all'interno della ASL, evitando che ciò rallenti il ciclo di fornitura.
- Evitare ogni accesso alle nostre sedi da parte di pazienti disabili o di loro familiari se non strettamente indispensabili.
- Semplificare i passaggi autorizzativi formali.
- Accorciare i tempi del fornitore ed evitare consegne multiple (nuova gara d'appalto).
- Ridurre la modulistica a tre sole schede (dalle 6 attuali).

7. Articolazione del progetto

La metodologia adottata si articola in cinque momenti, di seguito elencati, che vanno dalla valutazione del bisogno, alla personalizzazione ed all'addestramento all'uso (Andrich 2007)

- Momento della presa in carico;
- Momento progettuale;

- Momento decisionale;
- Momento attuativo;
- Momento della verifica.

Nel momento della presa in carico si identifica il bisogno. Nella fase progettuale – una volta identificati gli obiettivi di autonomia ed il bisogno di assistenza – si valutano (in accordo con l'utente, i familiari ed eventualmente l'assistente sociale e lo psicologo) i bisogni e le aspettative. In questa fase si confrontano anche le informazioni sugli ausili proposti dal mercato e vengono testati quelli che si ritengono necessari, mettendo a confronto le varie soluzioni.

Nel momento decisionale si prende atto della possibilità di ottenere gli ausili e di utilizzarli correttamente da parte dell'utente.

Il momento attuativo è molto importante per far acquisire all'utente ed ai caregiver (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).

Il momento della verifica coincide la necessità di monitorare l'uso dell'ausilio e verificarne l'efficacia. È un passo fondamentale per far emergere eventuali modificazioni insorte che possono mettere in discussione e cambiare, oppure rinnovare un programma di intervento.

8. Risultati previsti

La finalità di questo progetto è di semplificare il percorso ausili-protesi, basandosi sul principio che *“...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).

La qualità di una prescrizione è avvalorata dall'efficacia della stessa, valutata a distanza di tempo, ovvero l'ausilio si dimostra efficace se il paziente ha ottenuto, nel tempo, giovamenti. Al contrario se, come a volte accade di riscontrare, un ausilio (ad esempio una carrozzina, un deambulatore, ecc.) giace inutilizzato in un angolo della casa dell'utente e lo stesso, nonostante sia trascorso il lasso di tempo stabilito per la verifica, dimostri di non aver migliorato le sue condizioni cliniche iniziali e, anzi, le ha viste peggiorare significa che qualche cosa non ha funzionato e la prescrizione è stata inefficace.

L'adozione dello strumento QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Technical Aids. Version 2.0) (Demers et al, 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. Tale questionario indaga sugli aspetti di soddisfazione dell'utente rispetto al prodotto e rispetto al servizio, è facilmente somministrabile e offre una fotografia chiara ed esaustiva quelli che sono gli aspetti fondamentali che riguardano gli ausili che più frequentemente sono prescritti.

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 è prospettato l'utilizzo di risorse già esistenti.

Cardini per la realizzazione della proposta progettuale sono:

- Creazione dei locali dedicati alle attività del SAT con il coinvolgimento della Direzione della ASL BI;
- Approvazione del progetto SAT da parte del Responsabile dell'U.O.e della direzione dell'ASL BI. Il progetto prevede l'installazione su sistema informatico interno del programma "Progetto SAT" e, contestualmente, il consenso per portare ausili nella sala prove di nuova creazione.
- Formazione dell'équipe. Occorre innanzitutto istruire il personale del CUP sulla gestione del paziente con problematiche relative ad ausili da affrontare nel territorio; in seguito formare tutti i componenti dell'équipe all'uso del programma progetto SAT e all'utilizzo della documentazione prevista. Per far ciò occorrerà coinvolgere il Responsabile della U.O. ed il Medico fisiatra coordinatore del SAT.
- Occorre, inoltre, creare occasioni di partecipazione a momenti di aggiornamento del terapeuta
- Creazione di una nuova sala prove nella quale portare, dal magazzino aziendale, alcuni ausili e codificarli. Identificare un tecnico ortopedico da adibire a responsabile del controllo degli ausili con l'istituzione, anche, di un registro. Questo frangente prevede il coinvolgimento di tre figure individuate nel Responsabile della Unità Operativa, nella neo formata equipe del SAT e di un tecnico ortopedico.
- A valle di un periodo di sperimentazione sarà opportuno effettuare una oggettiva valutazione circa la soddisfazione dell'équipe SAT, da un lato, e dell'utente, dall'altro. Protagonisti di tale analisi saranno: il responsabile della U.O. e l'équipe SAT stessa.

10. Piano economico

Per quanto riguarda il costo del personale si propone di utilizzare il personale già in organico, almeno inizialmente per quanto riguarda le figure professionali già presenti come il Medico Fisiatra, il Fisioterapista, l'Infermiere professionale, il Logopedista, l'Operatore Tecnico dell'Assistenza, un Psicologo ed un Assistente Sociale.

Potrà essere rimandata l'assunzione del tecnico ortopedico, il terapeuta occupazionale, figure non previste allo stato attuale.

Sarebbe comunque opportuno valorizzare le risorse esistenti facendole partecipare a corsi formativi, come il Corso di perfezionamento Universitario sulle Tecnologie per l'autonomia dell'Università Cattolica del Sacro Cuore di Milano, e di aggiornamento.

Ovviamente, data l'entità dei costi di tali corsi, superiore alla somma annualmente prevista dal PAF si propone di alternare la formazione delle figure per ogni anno, fintanto che tutte le figure professionali principali non abbiano avuto un adeguato addestramento di base. Il costo del corso citato ammonta a circa 2000 € a persona.

1. Risorse Umane

Ruolo nel Team	Tipo di intervento	
Medico Fisiatra	Visite, riunioni di Team, valutazione ausili con Fisioterapista e Tecnico Ortopedico. Consulenze fisiatriche in Casa di Riposo	Già in organico
Fisioterapista	Riunione di Team, valutazione ausili con il Medico e l'utente,	Già in organico

	Training.	
Infermiere Professionale	Riunione Team e Valutazione con Fisiatra e Fisioterapista	Già in organico
OTA	Assistenza al Paziente nell'uso dell'ausilio	Già in organico
Psicologo	Valutazione in Team, eventuali trattamenti	Già in organico
Segretaria	Programmazione ed invio comunicazioni, registrazione dati in archivio ausili, rispondere al telefono.	Già in organico
Assistente Sociale	Collegamento tra Utente, Care Giver, Famiglia, istituzioni, Sistema Sanitario.	Già in organico
Logopedista	Valutazione e trattamenti, se necessari.	Già in organico
Terapista occupazionale	Valutazione, riunioni di team, terapia occupazionale	Da assumere
Tecnico Ortopedico	Valutazione in Team, prove e modifiche dell'ausilio	Da assumere

Costi della formazione delle risorse umane

Invio di un fisioterapista al Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili"	€1.600,00
Partecipazione a corsi, convegni, fiere ed eventi formativi	€3.000,00
Abbonamenti a riviste	€1.000,00
Totale	€5.600,00

2. Risorse Strutturali

- Un locale adibito a Centrale Operativa,
- sala delle riunioni settimanali dell'equipe ARTD (Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari) 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

Locale adibito a "Sportello senza Barriere"	€5.500,00
Locale centrale operativa/segreteria back-office/sala riunioni situato nel settore della dirigenza del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza all'interno dell'Ospedale di Biella	€19.800,00
Locale adibito a magazzino ausili per prova	€6.600,00
totale	€31.900,00

3. 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)

4. Materiali

- Un PC desktop per la segreteria con collegamento ad internet,
- casella e-mail riservata e programma aziendale "SAT" e "Auxilium" per la gestione di pazienti, 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

scrivanie, armadi e sedie	€1.100,00
Telefono, Fax, Stampante, Fotocopiatrice, telefoni cellulari	€2.250,00
Due PC e collegamento ad internet	€2.000,00
Automezzi	€30.000,00
Totale	€35.350,00

5. Parco ausili

- o Già in dotazione

6. Varie ed eventuali

Consulenza architetto per lo "Sportello senza Barriere"	€9.000,00
Materiale di consumo	€3.000,00
Totale	€12.000,00

11.Scenari

Il percorso ausili che si verrebbe a creare nel caso di attuazione di questo progetto può essere sintetizzato come segue.

Il paziente, o un suo familiare/delegato, porta l'impegnativa del MMG (Medico di Medicina Generale) con la specifica della patologia e la natura della richiesta presso il Distretto Socio Sanitario al quale appartiene (es. visita fisiatrica domiciliare per valutazione ausili). Dal Distretto in questione tale richiesta è trasmessa all'ARTD (Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari) corredandola dei dati necessari per il contatto e la visita a domicilio. Al passo successivo un operatore valuta l'appropriatezza della richiesta, verifica l'effettiva impossibilità di trasporto del paziente e decide se la visita a domicilio è necessaria, oppure no. Se si valuta l'opportunità della stessa si verifica la presa in carico del paziente con l'apertura della relativa cartella. Alla prima valutazione il Medico Fisiatra definisce il progetto riabilitativo, annotando in cartella l'eventuale necessità di prova di un certo tipo di ausilio e valutando il contesto ambientale in cui vive il paziente. Tali informazioni sono trasmesse ad un fisioterapista, che effettua – a distanza di 3 o 4 giorni al massimo – un sopralluogo durante il quale, se necessario, effettua un'ulteriore valutazione ambientale, un esame della situazione funzionale somministrando il Barthel Index, un'analisi posturale attraverso la scheda Seating Clinic, integrando le informazioni rispetto al contesto familiare per mezzo di colloqui con il paziente stesso, i familiari o altri operatori del settore assistenziale (assistente sociale, psicologo, ecc.).

Alcuni ausili entrano a far parte della struttura e possono essere utilizzati da tutti a seconda delle esigenze dell'utente e degli operatori. Se l'ausilio è presente presso l'ausilioteca è portato a casa del paziente già in occasione del primo accesso per la prova. Qualora la situazione generale lo richieda si può anche lasciare l'ausilio qualche giorno al paziente in modo che egli stesso e gli assistenti possano familiarizzare con la soluzione proposta e siano in grado, partecipando attivamente, di dare informazioni utili circa eventuali modifiche, personalizzazioni ed adattamenti.

Se l'ausilioteca è sprovvista dell'ausilio, la prova viene effettuata, sempre a domicilio, con la ditta scelta dall'utente in stretta collaborazione con il fisioterapista. Per i casi che richiedono consistenti modifiche strutturali, si ricorre alla consulenza dello Sportello Senza Barriere, presso il quale un Architetto è in grado di fornire informazioni e delucidazioni tecniche e fiscali circa la fattibilità dell'intervento.

Il momento valutativo termina in coincidenza della conclusione della fase progettuale, decisa in occasione della riunione settimanale dell'equipe. Durante lo stesso incontro il medico procede con la prescrizione e la definizione del programma riabilitativo.

L'acquisto / fornitura, che inizia dall'arrivo della prescrizione all'Ufficio e termina con la fornitura dell'ausilio, è la parte di competenza degli Uffici Ausilio – Protesi dei due Distretti (Cossato e Biella).

Terminato l'iter per la fornitura dell'ausilio, il fisioterapista procede all'addestramento ed il Medico Prescrittore al collaudo.

A distanza di tre mesi si esegue un follow-up per verificare il corretto ed efficace utilizzo dell'ausilio, utilizzando anche il QUEST.

12.Strumenti di lavoro

Gli strumenti standardizzati che permettono di misurare la qualità della prestazione e di raccogliere dati, che poi possono diventare oggetto di studio, confronto e verifica si propongono di utilizzare:

- SCALA DI BARTHEL (Mahoney e Barthel, 1965): utilizzata all'inizio ed alla fine del programma riabilitativo individualizzato. Misura l'autonomia valutando le capacità funzionali di base considerando dieci attività della vita quotidiana (ADL: Activities of Daily Living) riguardanti la cura personale e la mobilità.
- SCHEDE DI VALUTAZIONE DELLA POSTURA SEDUTA SEATING CLINIC (Caracciolo e Ferrario, 1999): 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) (Demers et al, 2000). Utilizzato direttamente a domicilio, in occasione di un controllo o telefonicamente dopo tre mesi dalla fornitura del presidio. Il questionario individua il grado 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.

13.Bibliografia

- Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare per l' autonomia*. Firenze: Giunti O.S.
- 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 www.portale.siva.it
- 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 www.portale.siva.it
- Provincia di Biella (2008): *Dati demografici e statistici di sfondo- osservatorio delle povertà e delle risorse della Provincia di Biella*. Biella: Amministrazione Provinciale
- 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): *QuebecUser Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST version 2.0) – An outcome measure for assistive technology devices*. Webster: Institute for Matching Person & Technology. Traduzione italiana Fondazione Don Gnocchi (2003);
- Dispense *Corso di Perfezionamento Tecnologie per l'Autonomia e l'Integrazione sociale delle persone disabili*. Milano: Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi, a.a. 2008-2009;
- Julie Cunningham Piergrossi (2006): *Essere nel fare. Introduzione alla terapia occupazionale*. Milano: Franco Angeli

- 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;
- Sulis E, Vinai M, Messina S, Lanza M (2008): *Osservatorio Provinciale sulla Disabilità*. Biella: Q.R.S.
- 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: CIEVA ROMA*. Tesi Corso Perfezionamento "Tecnologie per l'Autonomia" (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi, a.a. 2004-2005)

Sitografia

- www.portale.siva.it
- www.regione.piemonte.it
- www.provincia.biella.it
- www.osservabiella.it
- www.abilitybiella.it