



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 2011/2012

Progetto di riorganizzazione del servizio ausili dell'ASL CN1

CANDIDATO: Stefano Pelazza
Tipo di elaborato: progetto territoriale

Abstract: *Il contesto socio-sanitario attuale tende a ottimizzare i tempi di ricovero facilitando il rientro a domicilio di pazienti fragili. Questo pone la necessità di migliorare l'integrazione ospedale-territorio attraverso la definizione di opportuni percorsi assistenziali. Il modello è messo sotto tensione, oltre che dalla limitatezza di risorse, dalla difficile integrazione dei vari soggetti coinvolti nei percorsi di assistenza.*

Una delle criticità emergenti in questi percorsi di cura riguarda la fornitura tempestiva e appropriata degli ausili. Sono proprio gli ausili, infatti, ad essere uno dei bisogni prevalenti al momento del ritorno a domicilio. Questa situazione mette in crisi l'attuale organizzazione del servizio di fornitura che deve integrarsi in maniera più fluida e tempestiva nei percorsi di cura, specialmente della popolazione fragile.

Il progetto attraverso un'analisi della situazione attuale propone alcuni cambiamenti sul servizio di fornitura ausili dell'ASL CN1. Essi sono finalizzati all'ottimizzazione dell'appropriatezza prescrittiva, della tempestività d'intervento e del miglioramento dell'efficienza riguardante l'assistenza protesica aziendale.

Direttore del Corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

Prof. Luigi D'Alonzo
Ing. Renzo Andrich
Dott.ssa Elisa Robol

1. Sintesi del progetto

L'obiettivo del progetto è il miglioramento del percorso assistenziale del paziente fragile nell'Azienda sanitaria Locale (ASL) Cuneo I (CN1).

Con il termine fragilità s'identifica una condizione di salute precaria (De Toni, 2010). La fragilità appare influenzata da molteplici fattori: oltre agli aspetti clinico - funzionali anche quelli sociali, ambientali ed economici appaiono fortemente condizionanti il livello di salute di questa fascia di popolazione. Il paziente fragile è portatore di bisogni socio sanitari complessi, il cui soddisfacimento sta richiedendo, nell'attuale scenario di riorganizzazione del sistema sanitario, il ripensamento dei modelli assistenziali (Noto, 2003).

Il modello proposto dalla Regione Piemonte (DGR n° 27-3628) è quello della continuità di cura. Tale modello pone come suo elemento fondante l'integrazione tra l'assistenza ospedaliera e quella territoriale.

Al momento del ritorno a casa uno dei bisogni prevalenti è quello degli ausili. E' a domicilio che la fragilità diviene più evidente, ed è proprio in questo contesto che gli ausili diventano particolarmente importanti. Essi oltre ad aumentare il livello di autonomia e di partecipazione divengono facilitatori di fondamentale importanza dell'assistenza (Andrich, 2008). La popolazione fragile è portatrice di una condizione di disabilità media o grave. Il livello di disabilità inoltre presenta spesso significative fluttuazioni in periodi brevi (giorni, settimane). Da ciò consegue che per essere appropriata la fornitura degli ausili debba assumere delle connotazioni specifiche.

Questo progetto si propone di armonizzare il processo di continuità assistenziale del paziente fragile con quello della valutazione e della fornitura degli ausili.

Attraverso la descrizione del contesto, l'analisi e la revisione della situazione attuale circa la fornitura degli ausili nel percorso di continuità assistenziale, saranno proposti gli interventi ritenuti utili al suddetto obiettivo.

Lo scenario di riferimento è caratterizzato da importanti modificazioni socioeconomiche e dallo sviluppo di nuove politiche assistenziali. Da ciò sono derivati significativi processi di riordino e riorganizzazione, sia del Sistema Sanitario Nazionale (PSN 2011-2013), sia di quello regionale (PSR 2012-2015). Essi appaiono orientati alla sostenibilità del sistema, e al miglioramento dell'efficienza dello stesso. E' con l'attuazione del piano di rientro (DGR n° 27-3628) che la regione Piemonte definisce l'obiettivo di migliorare la presa in carico territoriale e la continuità assistenziale.

Tale percorso inizia a trovare declinazioni operative nelle varie realtà territoriali dell'ASL CN1.

Con la stessa delibera la regione provvede a dettagliare le linee di questo percorso di cura. Esse hanno significative ripercussioni anche nel settore della protesica (DGR 27-3628,2012).

Anche il servizio ausili in questi ultimi anni è stato messo sotto tensione: oggi sta evidenziando alcuni elementi di criticità e debolezza che non lo rendono più adeguato né al percorso di continuità di cura né all'allocazione efficiente delle risorse.

Per l'analisi e maggior chiarezza espositiva della situazione distinguiamo l'attuale percorso di fornitura ausili nei pazienti fragili in cinque momenti:

- la valutazione;
- la prescrizione;
- l'autorizzazione;
- la fornitura e l'assegnazione;
- l'addestramento e la verifica d'uso.

Le criticità più significative sono riconducibili a una scarsa appropriatezza prescrittiva e a una carenza o totale mancanza della verifica d'uso. Tra queste quelle che emergono con maggiore evidenza sono che a volte l'ausilio:

- non è fornito;
- non appare adeguato alle esigenze dell'utente;
- è fornito con tempi non corretti rispetto al percorso di cura e ai bisogni di autonomia e assistenziali;
- non ne è rivalutata l'appropriatezza alle modificazioni dei bisogni del paziente;
- presenta difficoltà di gestione nel suo percorso di rotazione;
- non è valutato sotto il profilo della verifica d'uso.

La situazione che s'intende perseguire in primis è il miglioramento dell'appropriatezza relativa alla fornitura ausili ai pazienti fragili inseriti in continuità assistenziale. Un ausilio appropriato oltre che efficace è efficiente. L'efficienza è il secondo aspetto che si intende migliorare sia in modo diretto sia indiretto.

Attraverso l'ottimizzazione del processo di rotazione ausili si va a incidere sui costi diretti relativamente alla spesa protesica e un'appropriata fornitura, diminuendo in alcuni casi i giorni di ricovero, riduce indirettamente i costi del percorso assistenziale.

Gli interventi previsti in questo progetto sono riconducibili ai seguenti aspetti:

- un percorso formativo che coinvolga le figure interessate dalla continuità assistenziale e dalla fornitura ausili;
- un ampliamento delle competenze prescrittive ai medici di medicina generale e alcune figure sanitarie operanti sul territorio;
- una modificazione del percorso di fornitura che preveda la possibilità del prestito temporaneo degli ausili;
- la creazione di un centro prove nei magazzini aziendali;
- l'implementazione di un database che metta in rete i magazzini.

2. Premesse Teoriche

Il progetto trae spunto da differenti fattori. Il primo è il mio lavoro come fisioterapista domiciliare. Esso mi ha permesso di comprendere l'importanza, a volte sottovalutata, degli ausili per la qualità di vita della popolazione fragile.

L'ausilio se appropriato e ben integrato spesso è la migliore e più realistica risposta ai bisogni del paziente e dei suoi familiari. Il confrontarsi con la realtà, con le repentine modificazioni cliniche e funzionali dei pazienti fragili, con i modelli di cura, con i percorsi di fornitura degli ausili ha evidenziato alcuni aspetti di criticità riguardanti l'appropriatezza e i percorsi di fornitura.

Un secondo fattore è che negli ultimi mesi si è creato un gruppo di lavoro aziendale facente capo all'ausilioteca. Esso ha ricevuto mandato di riorganizzare il percorso complessivo di fornitura ausili dal punto di vista del contenimento dei costi e del miglioramento della qualità del servizio. Facendo parte di questo gruppo di lavoro il progetto si propone anche come contributo a tale riorganizzazione.

Infine è l'esperienza formativa conclusiva del percorso di studi del Corso Universitario di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale per le persone con disabilità".

Il fine è di porre l'attenzione sull'importanza dell'integrazione nei percorsi di assistenza, e di proporre alcuni interventi in tal senso riguardo alla fornitura ausili.

Le premesse teoriche sono state ricercate principalmente su tre argomenti: la fragilità, gli ausili e gli aspetti normativi della continuità assistenziale.

Per il reperimento dei materiali si è fatto riferimento principalmente alle dispense del Corso SIVA e alla biblioteca virtuale della Salute della Regione Piemonte. Sono stati utilizzati per la ricerca i termini *elderly, people, frail, weak, assistive technology, home care* (e i corrispondenti termini in lingua italiana) variamente combinati tra loro. La scelta dei riferimenti si è basata sulla lettura dell'abstract valutandone in maniera soggettiva l'attinenza al progetto e alla possibilità del reperimento dei documenti full-text. Per gli aspetti normativi si è utilizzato il motore di ricerca Google Scholar. Qui di seguito saranno brevemente presentati alcuni elementi teorici relativi alla fragilità, agli aspetti normativi riguardanti la continuità assistenziale e il percorso di valutazione ausili.

La fragilità (De Toni, 2004) può essere definita come una condizione che coinvolge soggetti di età avanzata o molto avanzata, cronicamente affetti da patologie multiple, con stato di salute instabile, frequentemente disabili, in cui gli effetti dell'invecchiamento e delle malattie possono essere complicati da problemi di tipo socio economico (solitudine, basso reddito, difficoltà relazionali). Tale condizione, caratterizzata da maggior sensibilità a eventi avversi e contemporanea incapacità o ritardo di reazione al cambiamento, è potenzialmente suscettibile di prevenzione e cura mirate attraverso una rete di gestione integrata.

All'aumentare dell'età aumenta sia il rischio di diventare fragili, sia il livello di fragilità di un paziente già fragile. Non per questo l'età è da ritenersi la sola variabile determinante; In altre parole anche un giovane può essere fragile.

Per quanto riguarda gli aspetti normativi, il piano sanitario nazionale 2011-2013, tra le azioni elencate nel capitolo dedicato alla centralità delle cure primarie e delle strutture territoriali, individua gli obiettivi e definisce criteri per la continuità delle cure e l'integrazione ospedale - territorio. Esso individua una serie di strumenti per la realizzazione della rete assistenziale territoriale in modo da garantire un appropriato e sostenibile governo clinico.

Anche il piano sanitario regionale 2012-2015 individua tra i propri obiettivi il miglioramento di tutte le attività di presa in carico degli utenti. Sono individuate soluzioni organizzative finalizzate al superamento della frammentazione nata dallo sviluppo di competenze specialistiche attraverso un percorso di integrazione tra i diversi elementi professionali intra ed extraospedalieri (DGR 27-3628, 2012).

Quali possono essere gli elementi e i modelli utili ad affrontare tali aspetti?

Elemento indispensabile per un'appropriata rilevazione dei bisogni e l'individuazione di risposte adeguate, anche con riferimento agli ausili, è la valutazione. Essa deve essere condotta da parte di personale con background adeguato sia a livello clinico che organizzativo - gestionale (OMS, 2002; Andrich 2008).

Appare basilare per il percorso di continuità assistenziale una valutazione precoce del paziente, in una prospettiva multidimensionale, che consideri tutti gli aspetti influenzanti l'esito del percorso di cura (ASL CN1, 2011). E' basilare che il modello organizzativo abbia al centro il paziente assicurando concretamente quella continuità e quella rete di servizi in grado di fornire risposte appropriate e tempestive ai bisogni clinici e assistenziali (DGR 27-3628, 2012).

Una mancata continuità assistenziale e la relativa difficoltà di presa in carico del percorso impatta sulla qualità delle prestazioni sanitarie erogate. Essa comporta rilevanti costi aggiuntivi per il paziente e per il sistema a causa:

- dell'efficacia sub ottimale dei trattamenti erogati
- del verificarsi di ricoveri evitabili e di quelli ripetuti non programmati
- del ricorso improprio ai servizi
- dell'adozione dei percorsi diagnostico-terapeutici-riabilitativi
- di ridotta efficacia per la dilatazione dei tempi di intervento (es. ricoveri più lunghi.)

Il percorso inizia al momento del ricovero con la valutazione di eventuali criticità alla dimissione del paziente. La valutazione è compiuta nei reparti ospedalieri da parte del personale mediante la somministrazione della Blaylock Risk Assessment Screening Score (Brass) (DGR 27-3628, 2012). Essa può essere considerata lo strumento di screening per aiutare gli operatori a pianificare interventi appropriati e tempestivi per lo sviluppo del percorso assistenziale (Marigliano, 1997). L'identificazione dei bisogni si rivolge alla fornitura diretta di farmaci, a quella di ausili, alla presa in carico socio-assistenziale in tutti i settings previsti in modo da poter fornire all'utente la miglior risposta possibile.

In questo modello al fine della definizione del progetto appare importante anche l'identificazione dell'ausilio appropriato (Andrich e al 2008). Gli ausili per la persona fragile portatrice di disabilità rivestono un'importanza fondamentale per la cura, l'assistenza e il reinserimento (Caracciolo, 2008).

Per valutare e consigliare gli ausili secondo il bisogno della persona disabile sono richieste competenze interdisciplinari e multidisciplinari (Bruni, 2007; Scaratti, 2010)

Il processo di valutazione può essere distinto in quattro momenti differenti (Andrich, 2008):

- progettuale;
- decisionale;
- attuativo;
- della verifica.

Il **progetto** corrisponde al momento di raccolta delle informazioni e di definizione dei bisogni. Qualunque sia la modalità utilizzata per questa fase, essa deve essere in grado di identificare in modo chiaro i bisogni prioritari dell'utente e anche dei care-giver.

I dati raccolti devono essere sufficienti a ipotizzare delle soluzioni attraverso gli ausili. Nel caso tali informazioni fossero insufficienti alla corretta identificazione del bisogno o dell'ausilio più appropriato alle esigenze appare necessaria un'ulteriore raccolta di informazioni per giungere alla formulazione delle ipotesi di lavoro più corrette.

La **decisione** rappresenta il momento della scelta dell'ausilio. Decidere l'ausilio è il momento in cui l'utente, la famiglia, gli operatori definiscono la soluzione più percorribile tra quelle proposte. In questo momento aspetti importanti da prendere in considerazione sono quelli che riguardano la possibilità per l'utente di ottenere gli ausili, di saperli utilizzare e di mantenerli in funzione.

Il **momento attuativo** è quello in cui l'utente riceve l'ausilio e comincia il percorso di addestramento al suo uso in modo da poterlo integrare nella propria vita quotidiana. In questo momento è molto importante che anche i familiari o le persone che stanno intorno all'utente apprendano l'uso dell'ausilio in modo che sia accettato da tutti. Qui il ruolo dell'equipe assistenziale è di primaria importanza, perché deve aiutare le persone a sperimentarne l'utilizzo sotto supervisione, evitando così inutili frustrazioni e magari abbandoni precoci dell'ausilio.

La **verifica** a distanza di un certo periodo è utile per verificare sia l'impatto che l'ausilio ha avuto nelle condizioni di reale uso sia la sua appropriatezza rispetto alle variazioni funzionali o di contesto (Andrich, 2008).

L'elaborazione di questo progetto, tenuto conto dello scenario attuale, degli elementi di contesto e di quanto detto in queste premesse teoriche, ha presentato alcune difficoltà. La prima è stata quella di avere ben chiari gli obiettivi del progetto e i limiti legati al contenimento dei costi e all'impossibilità di aumento delle risorse. Attraverso i dati raccolti, l'esperienza sul campo, il confronto con il gruppo di lavoro sulla riorganizzazione della fornitura ausili, è emersa la complessità della situazione e la difficoltà di ragionare contemporaneamente su livelli organizzativi diversi o tra servizi diversi (ausilioteca, cure domiciliari, medici prescrittori, direzione sanitaria.).

Tali criticità sono emerse poiché la continuità assistenziale si caratterizza come un intervento ad alta complessità organizzativa che coinvolge numerosi servizi (Scaratti et al., 2010). Il servizio ausili e la fornitura degli stessi si trovano a essere inseriti in processi complessi in cui è richiesta una forte relazione e integrazione tra i vari operatori e tra i differenti servizi socio-sanitari impiegati nel processo di cura. Tali esigenze d'integrazione hanno necessitato e necessitano, da parte dei professionisti coinvolti, di precise attitudini collaborative, di un atteggiamento riflessivo verso le proprie pratiche e il proprio background, di specifici strumenti preposti a favorirle e svilupparle in ottica interdisciplinare.

E' emerso che i servizi con una strutturazione consolidata e significative competenze e capacità di risposta appaiano privi di esperienze di integrazione e non sentano l'esigenza di integrazione nei percorsi di cura. Gli interventi attuati rimangono spesso isolati e privi di un filo conduttore che li renda significativi e di reciproca utilità nello sviluppo della migliore pratica. Questo mette in crisi il senso dell'intero percorso.

Le stesse considerazioni sono riportabili ai singoli professionisti che a volte hanno anche visioni differenti (il clinico prescrittore spesso ha punti di vista e obiettivi discordanti con l'autorizzatore).

Questo lavoro mi ha permesso di riflettere su tali dinamiche e sulla complessità della realtà rispetto ai modelli teorici di riferimento. Mi ha portato a ridimensionare le attese e le proposte di modifiche presentate nel progetto; ma probabilmente a renderle maggiormente realistiche e realizzabili orientandomi nell'ottica d'inizio di un percorso di cambiamento continuo. L'esperienza è stata sicuramente positiva e arricchente per i motivi suddetti e dovendo rendere organiche le riflessioni per la stesura del progetto ho avuto la possibilità di esercitarmi con una metodologia di lavoro non molto familiare come quella di rendere comunicabile e operativa un'idea di base.

3. Contesto

Il contesto di riferimento è quello dell'ASL CN1. L'azienda, posizionata nella zona Sud Ovest del Piemonte, è organizzata in sei distretti e sei presidi ospedalieri e ha una popolazione residente al 31 dicembre 2011 di 420.401 abitanti (ASLCN1, 2012).

Della popolazione residente gli ultrasessantacinquenni ne rappresentano ben il 22% cioè 92488. Di questa popolazione possiamo distinguere:

- i giovani vecchi (65-74 anni) 11%
- i veri vecchi (75-84 anni) 8%
- i grandi vecchi (= > 85 anni) 3%

Questi dati di popolazione si traducono in un indice di vecchiaia (rapporto tra la popolazione di età superiore ai sessantacinque anni e quella inferiore ai 15 anni) pari al 166%, con punte nei distretti di Mondovì e Ceva rispettivamente del 182% e del 282% (ASLCN1, 2012). A questo assetto demografico sbilanciato verso la popolazione anziana si associano cambiamenti epidemiologici e un momento di crisi socio-economica. Tale scenario determina un importante cambiamento dei bisogni di salute della popolazione e di conseguenza anche delle risposte che le strutture sanitarie devono attrezzarsi a fornire. Le malattie croniche e degenerative sono le responsabili sia della maggior parte dei decessi che delle condizioni di disabilità e fragilità. La frequente cronicità di queste condizioni pone importanti interrogativi circa i più efficaci ed efficienti modelli di assistenza (ASLCN1, 2012).

E' a questa fascia di popolazione definita fragile e ai loro bisogni di ausili che fa riferimento questo progetto. Proprio nell'ambito della disabilità e della fragilità, infatti, l'assistenza protesica diviene fondamentale e appare un efficace strumento di miglioramento della qualità di vita. L'ausilio è un facilitatore di autonomia, consente la riduzione del carico assistenziale, permette un' ottimale gestione del paziente riducendo i ricoveri ospedalieri e i tempi degli stessi.

A proposito della protesica, nell'ASL CN1 è presente un'ausilioteca. Essa è gestita da fisioterapisti con formazione specifica sugli ausili, maturata attraverso il Corso Universitario di Perfezionamento "Tecnologie per l'Autonomia" (Università Cattolica di Milano e Fondazione don Carlo Gnocchi Onlus).

Attualmente l'ausilioteca svolge:

- attività di informazione e consulenza nel settore della disabilità e degli ausili, rivolta all'utente disabile, alla sua famiglia, al care-giver, agli operatori sanitari e socio sanitari, agli operatori scolastici, ai tecnici e agli studenti per progetti di ricerca o studio;
- collabora con gli uffici protesici distrettuali per la gestione dei magazzini ausili (con un tempo dedicato);
- collabora con l'ufficio acquisti per l'espletamento delle gare d'appalto sugli ausili in fornitura diretta
- su richiesta svolge azione di consulenza per i casi più complessi per la valutazione ausili e gli adattamenti ambientali.

Obiettivo dell'ausilioteca è di mantenere un buon livello qualitativo del servizio ausili perseguendo il miglioramento dell'efficienza e dell'appropriatezza prescrittiva: attraverso la definizione di nuovi percorsi valutativi e prescrittivi mira al contenimento della spesa per la protesica e nel contempo a mantenere un ottimale livello di servizio.

A questo scenario si associa anche il cambiamento dei modelli di assistenza sanitaria che hanno spostato l'asse d'assistenza dall'ospedale al territorio: nello specifico si fa riferimento alla definizione dei percorsi di continuità assistenziale per la popolazione fragile. Tali percorsi hanno fornito un nuovo scenario al servizio ausili e uno stimolo per riflettere sul proprio lavoro volto alla riorganizzazione del proprio operare. Questo nuovo assetto impatta sulla fornitura ausili che va a interfacciarsi sempre più con i servizi e gli operatori sanitari del territorio evidenziando alcune criticità che verranno di seguito esaminate.

4. Situazione iniziale

Per l'analisi e per maggior chiarezza espositiva della situazione attuale consideriamo, attraverso una classificazione ad hoc, il percorso di fornitura ausili nei pazienti fragili suddiviso in cinque momenti:

- la valutazione;
- la prescrizione;
- l'autorizzazione;
- la fornitura e l'assegnazione;
- l'addestramento e la verifica.

Le criticità più indicative sono riconducibili a una scarsa appropriatezza dell'ausilio, a un deficit di verifica d'uso e ai tempi di fornitura.

Per appropriatezza della fornitura intendiamo:

- l'idoneità dell'ausilio a soddisfare i bisogni del paziente;
- che la fornitura e l'addestramento avvengano in tempi funzionali alle esigenze del paziente e del percorso assistenziale;
- che la fornitura avvenga al costo minore possibile; la possibilità che l'ausilio sia sostituito nel caso di modificazioni dei bisogni del paziente;
- che sia effettuata la verifica d'uso;
- che l'ausilio sia restituito nel caso non venga utilizzato.

La **valutazione**, la prima delle fasi di fornitura, può essere effettuata in momenti differenti del percorso di cura. Si può procedere all'identificazione del bisogno e alla valutazione dell'ausilio in regime di ricovero ospedaliero, nella fase residenziale (es. degenza temporanea presso strutture di lungodegenza) oppure, nella fase domiciliare. Tipiche criticità che emergono in questo momento sono:

- il bisogno di ausili non è preso in considerazione;
- il bisogno è identificato e valutato troppo tardivamente (es. a domicilio invece che in regime di ricovero);
- l'ausilio non appare appropriato ai bisogni dell'utente e/o dell'ambiente d'uso (es. carrozzina di dimensioni inadeguate all'abitazione dell'utente);
- il bisogno può essere individuato ma la valutazione è effettuata tardivamente o da personale poco competente (es. la necessità di un superamento di una rampa di scale è segnalata tardivamente dal personale di assistenza domiciliare al personale dell'ausilioteca);
- non è possibile effettuare prove se non dopo la fornitura.

La **prescrizione**, oltre che essere direttamente influenzata dalle criticità in precedenza espresse, evidenzia elementi di debolezza intrinseci riferibili al fatto che i prescrittori sono solamente:

- i medici di reparto e gli specialisti per gli ausili relativi all'elenco 1 e 2 del nomenclatore;
- gli specialisti per l'elenco 3 del nomenclatore.

Questo elemento è causa di disservizio nel momento domiciliare del percorso di cura. Se si manifesta un bisogno di ausili quando il paziente è a domicilio, infatti, la prestazione valutativa e/o prescrittiva diviene di difficile accesso. Le valutazioni domiciliari degli specialisti sono insufficienti rispetto alla domanda di valutazioni con la conseguenza alle richieste di lunghe liste d'attesa.

Anche **l'autorizzazione** presenta alcuni elementi di debolezza in quanto i medici autorizzatori:

- tendono a un'interpretazione rigida del nomenclatore e frequentemente non autorizzano prescrizioni multiple (es. letto articolato e carrozzina);
- richiedono ulteriori accertamenti o integrazioni documentali da allegare alla prescrizione specialistica (es. la relazione dell'assistente sociale per l'autorizzazione del montascale a cingoli).

Rispetto alla **fornitura** e all'assegnazione, la tendenza aziendale è di avvantaggiare la rotazione degli ausili. Questa modalità gestionale prevede che quando un ausilio fornito non è più utilizzato dall'utente esso sia restituito all'azienda. Gli ausili restituiti, dopo essere stati sottoposti a un processo di manutenzione e sanificazione (se questo è possibile ed economicamente vantaggioso), tornano a magazzino disponibili per una nuova assegnazione. La rotazione riguarda in particolar modo:

- i deambulatori e i relativi aggiuntivi;
- le carrozzine a telaio rigido e i relativi aggiuntivi;
- le carrozzine pieghevoli e i relativi aggiuntivi;
- le carrozzine basculanti e i relativi aggiuntivi;
- le carrozzine elettroniche;
- i sistemi di postura;
- i cuscini antidecubito;

- i materassi antidecubito;
- i letti articolati;
- le sedie doccia
- i rialzi wc
- i sollevapersone da bagno
- i sollevapersone;
- i montascale a ruote e a cingoli.

La criticità più importante di questo percorso riguarda il fatto che l'ASL ha tre differenti magazzini rispettivamente nelle sedi di Lesegno, Fossano, e Cuneo. Essi hanno tra loro scarso collegamento funzionale che rende difficoltosa una gestione unitaria del parco ausili. Si vengono così a creare inefficienze di fornitura con ritardi e con un aumento dei costi nel caso in cui si proceda a fornitura di nuovi ausili invece di rendere disponibili quelli di rotazione presenti in altra sede.

Attraverso il meccanismo della rotazione si riescono a soddisfare una parte delle prescrizioni relative ai pazienti fragili poiché trattasi spesso di ausili non personalizzati e/o di carrozzine basculanti (che necessitano solamente di poche regolazioni) disponibili a magazzino.

Il momento dell'addestramento all'uso è riservato ai montascale, ai sollevapersone, alle carrozzine elettroniche, a quelle basculanti e ai materassi antidecubito ad aria ad alta prevenzione. Questo momento è condotto dal personale dell'ausilioteca. Essendo tale personale di numero ridotto la criticità più evidente di questo aspetto è relativa ai tempi di attesa.

Relativamente alla verifica d'uso, nell'attuale situazione essa non trova reale se non sporadica applicazione. Tale mancanza si può tradurre in due sostanziali elementi di criticità. Il primo è relativo alla non individuazione delle variazioni dei bisogni dei pazienti e/o dell'inappropriatezza della fornitura. Il secondo è riconducibile al fatto che un ausilio non (o non più) utilizzato potrebbe rientrare nel percorso del riuso con indubbe positive ripercussioni economiche.

Un altro elemento di fondamentale importanza nel contesto della continuità assistenziale è che un ritardo di fornitura dell'ausilio può ritardare i tempi di dimissione. Nello specifico questa situazione appare concreta quando la fornitura sia fondamentale per variare il setting assistenziale (es. la fornitura di un letto articolato e di un materasso antidecubito per la dimissione domiciliare di un utente allettato).

Oltre agli elementi suddetti, un'ulteriore problematicità appare essere riconducibile alla dissinergia delle figure coinvolte nell'iter di fornitura. Teoricamente le figure e i servizi attivati per la valutazione dovrebbero essere stratificati per livello di intervento e per gradi di competenze. L'attivazione dell'ausilioteca e/o la valutazione specialistica dovrebbero essere limitati ai casi di maggiore complessità funzionale o ambientale mentre la risposta ai bisogni più semplici dovrebbe essere fornita dal personale e dai medici di reparto.

In altri termini il modello si basa sul concetto che i bisogni del paziente possono essere di natura più semplice o complessa e le figure coinvolte nel percorso assistenziale siano competenti per l'opportuna valutazione.

Nel primo caso, la risposta ai bisogni può essere soddisfatta da ausili standard come ad esempio una carrozzina rigida o pieghevole, un letto articolato etc.... In questo caso il percorso di fornitura escluderebbe l'intervento dell'ausilioteca e/o dello specialista. L'ausilioteca e lo specialista dovrebbero essere attivati nei casi a maggiore complessità ad esempio per la valutazione di una carrozzina basculante, un sistema di postura, un montascale, un sollevapersone, o una modifica ambientale. Spesso purtroppo ad oggi tale attivazione stratificata per competenze tecniche in base alla natura dei bisogni appare confusa e spesso inappropriata sia per sottovalutazione che di sopravvalutazione dei bisogni stessi.

Tutto ciò comporta problemi in termini di efficienza ed efficacia. Si verificano criticità riguardanti l'appropriatezza di accesso alle prestazioni valutative, la fornitura, la creazione di attese per le valutazioni più specialistiche e l'abbandono dell'ausilio.

5. Obiettivi del progetto

Il progetto è finalizzato all'ottimale integrazione del servizio di fornitura ausili con il percorso di continuità assistenziale che si sta implementando a livello aziendale. L'obiettivo è di eliminare o limitare le criticità emergenti da questa integrazione. Il modello che si propone è il seguente.

L'identificazione del paziente fragile attraverso la scala di Brass da parte nei reparti di degenza attiva un nucleo di continuità delle cure che ha compito di case manager. Il nucleo è responsabile di un approfondimento valutativo, della presa in carico e della definizione del percorso assistenziale. Rispetto agli ausili, il nucleo di continuità delle cure si occupa di valutare lo stato di avente diritto, gli eventuali ausili in uso e il livello di complessità dei bisogni. E' il nucleo stesso che seguendo il percorso si occupa direttamente di:

- far prescrivere gli ausili ritenuti idonei direttamente in reparto se gli ausili sono fondamentali per la sicurezza e la gestione del paziente nel nuovo setting (ad es. la carrozzina, il letto, i materassi antidecubito, gli ausili per la deambulazione, gli ausili per il bagno);
oppure
- di attivare il servizio ausili nei casi a maggiore complessità.

Va da sé che questa importante funzione necessita di conoscenze e capacità valutative sugli ausili che permettano di definire il bisogno e di valutare e attivare il percorso più appropriato. Per altri bisogni, più procrastinabili e/o suscettibili di variazioni clinico-funzionali, o che necessitino di valutazioni sociali o ambientali si programmano valutazioni successive. Tali valutazioni possono essere compiute dall'ausilioteca nelle situazioni più complesse, o dal personale infermieristico e/o riabilitativo assistenziale in quelle più semplici. Anche in quest'ultimo caso appare importante una stretta sinergia operativa tra le varie figure e i servizi e un livello di competenza che permetta di valutare i bisogni e di attivare l'idoneo percorso prescrittivo, di addestramento all'uso e di follow-up. Questo livello di background si ritiene debba essere condiviso con tutte le figure che sono coinvolte nel percorso di cura.

Considerando la responsabilità della fornitura degli ausili, si ritiene che essa debba essere mantenuta ai diversi livelli e la competenza prescrittiva ampliata anche ai medici di medicina generale e al personale di assistenza del territorio.

In questo modo, seguendo il percorso di continuità assistenziale l'utente può trovare risposta alla sua necessità di ausili:

- in sede di ricovero presso il reparto ospedaliero di degenza su valutazione e indicazione del personale che effettua la presa in carico nel momento s'individuino alcune necessità di ausili. La prescrizione in questo caso è effettuata dal medico di reparto e si riferisce agli ausili dell'elenco 1 e 2 del nomenclatore;
- per le necessità complesse dei pazienti che seguono un percorso riabilitativo specifico è cura dello specialista occuparsi della prescrizione degli ausili più idonei per il paziente;
- presso le strutture residenziali di continuità assistenziale o a domicilio nel caso il bisogno non sia stato in precedenza considerato o sia insorto in seguito, è il medico di medicina generale per i bisogni semplici la figura di riferimento per la prescrizione;
- nel caso di bisogni complessi il medico di medicina generale richiede una valutazione specialistica o dell'ausilioteca;
- il personale infermieristico e tecnico della riabilitazione, operante sul territorio, poiché attore diretto della fase domiciliare del percorso socio sanitario del paziente, è prescrittore degli ausili che si riferiscono ai bisogni semplici demandando le valutazioni specialistiche e dell'ausilioteca alle situazioni più complesse; (Distretti sanitari Saluzzo e al., 2007.)
- il personale assistenziale del territorio si fa carico dell'addestramento all'uso e del follow-up dell'ausilio fornito; oltre che dell'identificazione dell'insorgenza di nuovi o mutati bisogni.

In questo nuovo scenario il servizio ausili entra in sinergia ai vari livelli (ospedaliero e domiciliare) con il percorso di continuità di cura relativamente alle situazioni che richiedono soluzioni più complesse, personalizzate, valutazioni ambientali in modo più appropriato e tempestivo. Il modello proposto, senza richiedere ulteriori risorse, rende la fornitura molto elastica e adatta a fornire risposta a tutti i bisogni e alle situazioni e alle frequenti modificazioni che si possono presentare nello svolgersi dei percorsi assistenziali in condizioni di fragilità. Le criticità per la sua implementazione e funzionamento sono collegabili:

- alla complessità del processo;
- alla necessità per le figure che hanno funzione di valutazione e di snodo decisionale di avere sufficiente conoscenza e competenza tecnica sugli ausili;
- alla difficoltà di valutazione e prova di ausili al fine di valutarne l'effettiva efficacia e utilizzabilità nella specifica situazione.

A proposito degli aspetti gestionali del parco ausili aziendale circa l'aspetto della rotazione, un miglior collegamento funzionale tra le varie sedi dei magazzini ne permetterebbe la gestione unitaria in modo da verificare in tempo reale se l'ausilio prescritto sia disponibile tra quelli di rotazione. Il personale dell'ausilioteca dedicherebbe una parte del proprio tempo lavoro in magazzino ausili per l'assegnazione degli ausili a maggior grado di personalizzazione e/o complessità (carrozze basculanti, sistemi di postura, montascale e sollevatori) e gestirebbe un piccolo centro prova ausili per le situazioni che lo richiedono.

La non applicazione di questo modello porterebbe a rendere maggiormente evidenti le criticità attuali. L'organizzazione si troverebbe a essere maggiormente stressata dalle esigenze derivanti dall'avvio dei percorsi di continuità assistenziale, si verrebbero a creare imbuto prescrittivi e valutativi con aumento dei tempi di fornitura, si avrebbero ricadute sulla qualità delle prestazioni e sulla durata dei ricoveri e ci sarebbero ritardi di fornitura con sovraccarichi assistenziali degli utenti a domicilio.

Inoltre avverrebbe un aumento del livello di prestazioni inappropriate con l'intervento dell'ausilioteca e degli specialisti anche in casi con bisogno semplice. Il processo di fornitura resterebbe carente nei termini dell'addestramento all'uso e del follow-up. Questo porterebbe a una difficoltà di individuazione della modificazione dei bisogni e una perdita di efficienza del processo di restituzione e riuso.

6. Articolazione del progetto

Il progetto deve essere sottoposto a valutazione e approvazione da parte della direzione aziendale. Se approvato, si prevede una fase di sperimentazione di un anno sul distretto di Ceva. La sperimentazione permetterà di monitorare l'andamento del processo e la sua ricaduta in termini di qualità del servizio e di spesa. Al termine verrà avviata una fase di valutazione e verifica in modo da poter valutare il progetto e la sua possibile implementazione a livello dell'intera azienda.

La scelta del distretto di Ceva per la sperimentazione appare indicata poiché con 22000 abitanti è significativamente il più piccolo in termini di popolazione e risorse sanitarie impiegate. Inoltre con un indice di vecchiaia di ben il 282% appare il più sensibile a questa sperimentazione sul paziente fragile.

In un primo momento è prevista la definizione degli ambiti di competenza prescrittiva dei medici di medicina generale e del personale di assistenza territoriale.

Successivamente il progetto si sviluppa su due direttrici: una formativa e l'altra organizzativa.

La *prima* consiste nell'implementazione di un percorso formativo sugli ausili a cura del servizio ausili aziendale. Tale percorso si propone di trasferire agli attori del processo un livello di conoscenze sufficiente affinché il modello di fornitura proposto risulti gestito in modo ottimale e fornisca risposte adeguate ai bisogni dell'utenza. Ci si aspetta di ottenere un livello di competenza che:

- permetta al personale del nucleo di continuità di cure, al personale del territorio e ai medici di medicina generale di individuare il bisogno in modo da attivare il più idoneo percorso di fornitura;

- permetta al personale del territorio, in particolar modo ai fisioterapisti, la capacità di addestramento all'uso degli ausili di uso comune (montascale, e sollevatore) e di regolazione delle carrozzine e dei sistemi di postura;
- permetta al personale del territorio di acquisire competenze per valutare l'efficacia dell'ausilio prescritto;
- permetta la condivisione e la definizione delle procedure e dei criteri di autorizzabilità;
- migliori la qualità dell'assistenza ai pazienti migliorando il lavoro di équipe;

Per il raggiungimento di questi obiettivi il percorso formativo deve essere suddiviso in unità formative didatticamente distinte, ma inserite in una visione d'insieme tenuto conto degli obiettivi del progetto. I contenuti devono essere definiti e le unità formative preparate dal personale dell'ausilioteca poiché possiede competenze tecniche di tipo specialistico, una significativa esperienza clinica e una diretta conoscenza dei bisogni formativi e del contesto dell'azienda.

La formazione è indirizzata :

- al personale del nucleo ospedaliero e distrettuale di continuità delle cure;
- al personale assistenziale e sanitario operante sul territorio;
- alle caposala delle unità operative di area medica;
- ai medici fisiatristi;
- ai medici di medicina generale;
- ai responsabili di Distretto in quanto autorizzatori.

Per ognuna delle figure devono essere definiti a priori gli obiettivi didattici, identificate le unità formative da frequentare, la modalità e la durata della formazione.

Gli argomenti delle singole unità formative devono comprendere:

- l'identificazione del bisogno;
- la definizione dei criteri di appropriatezza relativamente ai letti, materassi antidecubito, carrozzina standard, deambulatori e sollevapersone;
- la valutazione dell'efficacia dell'ausilio;
- elementi di ausili per il bagno;
- elementi di adattamenti ambientali;
- l'addestramento all'uso degli ausili;
- la verifica d'uso e il follow-up.

Questo progetto formativo deve coinvolgere la formazione aziendale per i restanti elementi progettuali. Esso può essere inserito nel piano formativo aziendale per l'anno 2013 e accreditato ai fini del percorso di Educazione Continua in Medicina. Tale percorso in via di strutturazione può attivarsi nel secondo e concludersi nel terzo trimestre del 2013.

Ad oggi sono in via di definizione le unità formative da parte del personale dell'ausilioteca.

Il **secondo** ambito di intervento è relativo alla riorganizzazione della gestione della fornitura ausili. Per questa seconda direttrice si prevedono differenti elementi.

Il primo è l'implementazione di un database. Esso deve permettere di gestire una base di dati relativi agli ausili disponibili nei tre magazzini e interfacciarsi con il database degli utenti.

La base di dati infatti:

- permette di verificare la disponibilità o meno di un determinato ausilio;
- permette di gestire dati importanti per la valutazione;
- permette di fornire informazioni specifiche all'utente sulla prosecuzione dell'iter prescrittivo;
- facilita l'utente nella scelta e nel percorso di fornitura,
- riduce i tempi di autorizzazione, fornitura e consegna;
- facilita la rotazione degli ausili producendo una riduzione delle spese di assistenza protesica;
- facilita la verifica e il follow-up.

L'azienda ha iniziato l'implementazione di un database fornito dalla Regione Piemonte denominato "Protes" il cui utilizzo a regime, previsto per il secondo semestre del 2013, dovrebbe rispondere ai criteri e alle esigenze precedentemente esposte.

L'implementazione del database presenta alcuni elementi di criticità. Il primo è relativo ai tempi in quanto:

- deve essere adattato e testato sulle molteplici esigenze della gestione;
- necessita del caricamento dei dati degli utenti e delle prescrizioni a loro riferite che richiede tempo;
- necessità di un aggiornamento in tempo reale degli ausili disponibili a magazzino;
- deve diventare strumento di lavoro condiviso tra i vari attori del percorso prescrittivo;
- prevede una fase di addestramento.

Si prevedono otto mesi affinché il database possa essere implementato e sufficientemente sperimentato. Questo aspetto del progetto sta coinvolgendo il servizio informatico, i responsabili dei magazzini ausili, il personale dell'ausilioteca e la direzione sanitaria.

Il secondo elemento organizzativo è la creazione presso ciascuna sede di magazzino di un piccolo centro prove ed espositivo. A tal proposito appare necessario definire una piccola dotazione ausili dedicata a questo scopo:

- carrozzina rigida,
- carrozzina pieghevole,
- carrozzina basculante,
- deambulatori,
- sollevapersone,
- montascale a cingoli.

La sua realizzazione, se autorizzata dalla direzione, non presenta criticità in quanto:

- i magazzini presentano lo spazio sufficiente di allestimento;
- la dotazione ausili è di minima e può utilizzare ausili di rotazione;
- è presente in ogni sede di magazzino settimanalmente in referente dell'ausilioteca che potrebbe destinare una parte di tempo per la prova degli ausili.

La prova permetterebbe:

- una definizione più appropriata dell'ausilio;
- un iniziale addestramento all'uso e familiarizzazione con l'ausilio;
- il confronto delle attese dell'utente e della famiglia con le possibilità offerte dall'ausilio;
- una probabile riduzione della percentuale di non utilizzo.

Un ultimo elemento è quello di definire un percorso di fornitura temporanea di ausili attraverso l'utilizzo della dotazione a magazzino. Questo elemento si propone la finalità di:

- maggior tempestività e flessibilità di dotazione,
- miglior aderenza al percorso socio sanitario in quelle situazioni instabili dove siano prevedibili rapide evoluzioni dei quadri clinici e delle conseguenti necessità di ausili,
- possibilità per l'utente e la famiglia di provare e di valutare l'utilizzabilità e i vantaggi dell'ausilio a domicilio,
- riduzione del numero di prescrizioni non appropriate.

Questa modalità di fornitura coinvolge i responsabili dei magazzini ausili poiché creando un nuovo percorso di fornitura rende più complessa la gestione del parco ausili e di conseguenza la possibilità di seguire il ciclo del prestito. Tale difficoltà può essere superata prevedendo tale variabile nella definizione del database.

Gli aspetti riguardanti il centro prove e il prestito d'uso, se approvati, possono essere implementati dal gennaio 2013.

7. Risultati previsti

Il progetto si propone di ottenere:

- una corretta individuazione del bisogno di ausili e della tipologia semplice o complessa dello stesso;

- una competenza prescrittiva adeguata per bisogni semplici ai medici di medicina generale e al personale infermieristico e riabilitativo territoriale;
- un miglioramento dell'efficacia dei diversificati iter prescrittivi degli ausili in funzione della fase del percorso in cui l'utente si trova;
- l'implementazione nel processo di fornitura della fase di addestramento;
- il momento della verifica d'uso e di follow-up;
- un miglioramento della tempestività di fornitura;
- l'ottimizzazione della gestione dei magazzini ausili esistenti;
- l'attivazione dei momenti di prova degli ausili;
- l'attivazione di prestiti temporanei nelle situazioni di urgenza e nelle situazioni a probabile evoluzione rapida;
- l'ottimizzazione del processo di rotazione degli ausili disponibili a magazzino;
- la riduzione del numero di nuove forniture.

Tali risultati risultano vantaggiosi sia per l'utenza sia per l'azienda.

Per l'utenza si avrà un vantaggio della fornitura in termini di:

- miglioramento dell'appropriatezza;
- miglioramento della tempestività di risposta alla modificazione dei bisogni;
- miglioramento nella gestione dell'intero percorso. Esso sarebbe governato dal momento della valutazione a quello dell'addestramento all'uso e della verifica.

Per l'azienda:

- migliora il governo clinico;
- migliora la qualità del percorso di continuità assistenziale ottimizzando così i tempi di ricovero e il regolare svolgersi del percorso di cura;
- migliora il lavoro di gruppo
- permette una più chiara definizione dei ruoli e delle competenze prescrittive;
- ha un miglioramento dell'efficienza gestionale dei magazzini ausili;
- migliora la gestione del ciclo di vita e il percorso degli ausili,
- riduce il numero di forniture non appropriate o non utilizzate;
- aumenta il numero di forniture ausili, ottimizzando i costi.

La valutazione del progetto può essere effettuata:

- conducendo degli audit su un campione randomizzato di cartelle cliniche relative a casi di pazienti fragili. Si possono prendere in considerazione la tipologia di ausili prescritti e le tempistiche relative alle varie fasi del processo fornitura;
- conducendo un follow-up ad hoc sul campione analizzato delle cartelle cliniche che contempli la verifica d'uso e il grado di soddisfazione dell'utente;
- conducendo un follow-up volto a valutare l'eventuale abbandono dell'ausilio e la restituzione o meno dello stesso;
- introducendo l'utilizzo del questionario Quest a tre mesi dalla fornitura, ai pazienti in continuità assistenziale seguiti al domicilio;
- valutando l'andamento dei costi relativi all'assistenza protesica;
- valutando il numero di forniture attraverso il riuso in rapporto al numero di nuove forniture.

Riguardo all'audit si può valutare il percorso prescrittivo seguito e i tempi di fornitura verificandone la congruenza con il relativo percorso di continuità assistenziale.

Il follow-up può essere condotto sui casi analizzati nell'audit clinico.

Circa l'andamento dei costi e i dati relativi alle prescrizioni e alle forniture si possono confrontare i dati del semestre precedente e quello successivo l'implementazione del progetto.

8. Relazione Tecnica

Il progetto viene presentato con un diagramma di flusso e ogni singola fase analizzata descritta e in tabelle di dettaglio.

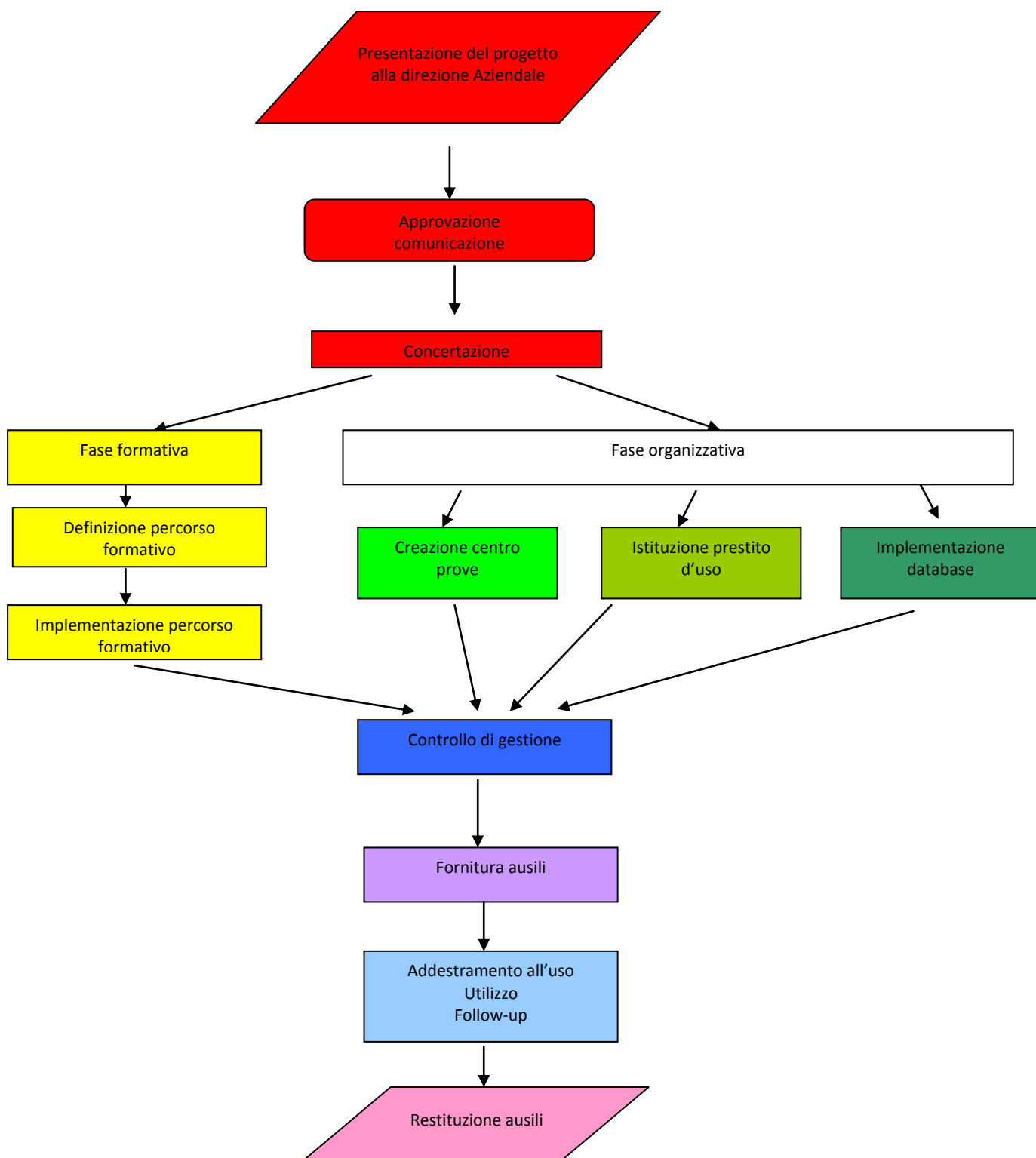


Figura n°1 Diagramma di flusso del progetto di fornitura ausili.

Fase iniziale	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Strumenti Normativi	Protocolli di lavoro
Comunicazione e Concertazione	Comunicazione del progetto aziendale Concertazione per la definizione operativa	Definizione operativa del progetto e stesura protocollo di lavoro.	Creazione di un gruppo di lavoro che coinvolga i servizi coinvolti nel progetto.	Determina aziendale	Stesura di un documento programmatico che stabilisca i soggetti coinvolti e la modalità di lavoro e i tempi di sviluppo.

Fase Formativa	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Modulistica
Definizione del percorso formativo	Definizione e preparazione delle unità didattiche Definizione del corso	Preparazione delle unità didattiche	Personale del servizio ausili	Materiale didattico
Implementazione del percorso formativo	Organizzazione corsi	Definizione calendario formativo e strutturazione del corso	Formazione aziendale	

Fase Organizzativa	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Strumenti Normativi	Modulistica
Creazione centro prove	Definizione e organizzazione del centro prove per ciascun distretto	Definizione degli spazi Definizione della dotazione degli ausili Definizione degli orari di apertura e delle modalità di accesso	Direzione sanitaria Servizio ausili Personale del magazzino Referenti delle unità di riabilitazione	Determina aziendale	Utilizzo delle cartelle di valutazione già in uso

Fase organizzativa	Contenuti	Soggetti coinvolti	Protocolli di lavoro	Modulistica
Istituzione prestito d'uso	Definizione del percorso e delle modalità del prestito d'uso	Referenti della direzione sanitaria dei distretti e del servizio amministrativo distrettuale dei magazzini ausili e del servizio ausili	Stesura di un protocollo operativo	Definizione della modulistica relativa al processo

Fase organizzativa	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Strumenti Normativi	Modulistica
Implementazione del database	Sviluppo e sperimentazione del database Definizione dei limiti di accessibilità, consultabilità, modificabilità	Avvio fase sperimentale	Referenti Servizio informatico, dei distretti, del servizio ausili e i prescrittori	Determina aziendale	Manuale di uso del database

Fase organizzativa	Contenuti	Soggetti coinvolti	Strumenti di misura	Modulistica
Controllo di gestione	Raccolta ed elaborazione dati	Servizio ausili aziendali	Questionario Quest Cartelle cliniche Elaborazione dei dati relativi alle prescrizioni, ai riutilizzi e ai costi	Redazione di un documento riassuntivo dei dati gestionali raggiunti.

Tabelle descrittive delle attività 1

Fase	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Modulistica
Fornitura ausili				
Gli ausili vengono forniti all'utente	Fornitura diretta Fornitura di ausili di rotazione Fornitura di ausili nuovi	L'ausilio nuovo o di rotazione viene assegnato e consegnato all'utente. L'utente si rivolge ad una ditta esterna per la fornitura	Personale del magazzino ausili Personale del servizio ausili Utente e familiari	Moduli di prescrizione opportunamente compilati e autorizzati Preventivi nel caso di fornitura da ditta Modulo di fornitura

Fase	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Modulistica
Utilizzo				
Addestramento all'uso	Si addestra il paziente o il caregiver al corretto e sicuro utilizzo dell'ausilio	Dimostrazioni d'uso dell'ausilio prove assistite all'uso dell'ausilio	Personale di assistenza territoriale Personale del servizio ausili	Modulistica di avvenuta informazione e addestramento all'uso relativamente a montascale e sollevapersona
Follow-up	Verifica appropriatezza ausilio Verifica utilizzo	Valutazione periodica sul campo Intervista telefonica	Personale assistenziale del territorio Personale ausilioteca	Documentazione clinica

Fase	Contenuti	Azioni	Soggetti coinvolti	Modulistica
Restituzione ausili				
Restituzione	L'ausilio non utilizzato è restituito al magazzino	Ritiro dell'ausilio	Care giver Personale magazzino ausili	Modulo di restituzione
Rotazione ausili	Rigenerazione ausilio Riutilizzo dell'ausilio	Manutenzione Sanificazione Caricamento a magazzino	Personale magazzino ausili Ditta di manutenzione	Scheda di manutenzione e sanificazione Registrazione sulla base di dati dell'ausilio rigenerato

Tabella descrittiva delle attività 2

9. Scenari

Qui di seguito si riportano due casi clinici ipotetici finalizzati ad esemplificare l'implementazione del progetto proposto.

Caso n.1

I.P. è una signora di 67 aa. affetta da carcinoma mammario e metastasi ossee a localizzazioni multiple; prognosi infausta. La signora è stata ricoverata presso il reparto di Medicina dell'ospedale di Ceva a seguito del peggioramento delle condizioni generali.

Il caso è valutato e viene attivato il nucleo di valutazione ospedaliera di continuità delle cure per la definizione del percorso post- dimissione. A seguito della valutazione sociale ambientale e delle attese di I. e del marito si decide per il rientro a domicilio.

Oltre all'attivazione del distretto per la presa in carico socio-sanitaria si evidenzia un bisogno di ausili. Dagli elementi valutativi raccolti emergono alcune limitazioni dell'autonomia motoria e negli spostamenti, una facile esauribilità e affaticabilità al mantenimento della posizione seduta. Il referente del nucleo di continuità di cura, riconoscendo la complessità del caso, contatta il servizio ausili richiedendo un approfondimento valutativo circa gli ausili. Dalla valutazione clinica, funzionale, prognostica, ambientale e sociale sono proposti in questa fase:

- una carrozzina basculante 40 cm;
- un cuscino antidecubito 40 cm;
- letto a tre sezioni a regolazione elettrica e base regolabile in altezza;

- materasso antidecubito in fibra cava siliconata ad inserti asportabili;
- un rialzo wc con braccioli.

Gli ausili proposti risultano disponibili a magazzino; vengono forniti:

- una carrozzina basculante 40 cm marca Handicare-mobility, mod. Cirrus 4 autospinta (scheda Siva 11026);
- un cuscino antidecubito 40 cm marca JAY, mod. Jay Extreme (scheda Siva 11165);
- un letto a tre sezioni a regolazione elettrica e base regolabile in altezza marca Invacare, mod SB440 (scheda Siva 167719);
- materasso antidecubito in fibra cava siliconata ad inserti asportabili marchio Fumagalli, mod Softcare level 3;
- un rialzo wc con braccioli. marca Orione, mod. 6010 (scheda Siva 18408).

Viene attivata la procedura prescrittiva ed autorizzativa. Gli ausili giungono al domicilio due giorni prima delle dimissioni di I.

Giunta a casa I. è presa in carico in regime di ADI. Il fisioterapista del territorio esegue alcuni accessi finalizzati alla regolazione della carrozzina e all'addestramento all'uso degli ausili oltre che una presa in carico finalizzata alla gestione delle capacità residue. L'evolversi della patologia si accompagna ad un peggioramento funzionale caratterizzato dall'impossibilità di effettuare il breve spostamento per recarsi in bagno e a una crescente difficoltà ai trasferimenti letto carrozzina.

Viene segnalata la situazione al servizio ausili che a seguito di colloqui con i famigliari, e di una valutazione specifica propone la sostituzione del rialzo wc con una comoda e l'utilizzo di un sollevatore manuale per i trasferimenti.

Si attiva l'iter prescrittivo e gli ausili proposti risultano essere disponibili a magazzino. Il personale del magazzino, a seguito dell'autorizzazione, provvede alla fornitura e al contemporaneo ritiro del rialzo wc.

Nel corso di alcune settimane il quadro si è aggravato ulteriormente e compaiono incontinenza arrossamenti cutanei. Alla valutazione con la scala Braden emerge un alto rischio di lesioni da decubito. Il medico di medicina generale richiede una valutazione ausili a seguito della quale è proposta la fornitura di un materasso ad aria ad alta prevenzione.

Anche questo presidio risultava disponibile a magazzino e al momento della consegna si provvede alla sostituzione del materasso in dotazione precedentemente e al ritiro della carrozzina comoda. Dopo circa 3 settimane I. è deceduto. Gli ausili sono restituiti la settimana dopo il decesso e sono avviati alla manutenzione del caso per una nuova assegnazione.

Caso n.2

R.C. di anni 78 presenta un quadro di poliartrite, è ricoverato presso il reparto di medicina dell'ospedale di Ceva a seguito di polmonite e insufficienza respiratoria acuta.

Il paziente prima dell'evento aveva un buon livello di autonomia nelle attività quotidiane, necessitando di parziale aiuto nell'abbigliamento, nella preparazione dei pasti e nella cura di casa. Viveva a domicilio con la figlia. Gli spazi abitativi risultano tutti accessibili e non ci sono dislivelli per accedere all'ambiente esterno.

A seguito dell'evento acuto e dell'allettamento, R.C. appare molto affaticabile e con necessità di assistenza alla deambulazione. Deambula per brevi tratti con l'utilizzo di un deambulatore a quattro ruote e medio aiuto, necessita di assistenza per l'abbigliamento e la cura di sé. Viene attivato il nucleo ospedaliero di continuità delle cure e si concorda la dimissione temporanea presso una struttura residenziale. La prognosi è che il quadro evolva in maniera positiva nei termini di un miglioramento dell'autonomia e di un suo probabile rientro a domicilio.

Relativamente agli ausili in questa fase non si ritiene utile procedere a prescrizioni essendo la struttura ricevente dotata di carrozzine e ausili per la deambulazione. Durante il periodo di degenza R.C. riprende competenza e sicurezza nei trasferimenti. Relativamente agli spostamenti R.C. abbandona l'uso della carrozzina, deambula utilizzando un deambulatore a quattro ruote poiché presenta occasionali incertezze e disequilibri e facile affaticabilità.

Si decide che il percorso di continuità prosegua a domicilio. Relativamente agli ausili emerge che il bisogno attuale è quello di un deambulatore a quattro ruote che permetta a R.C. di muoversi in sicurezza sia nell'abitazione che negli spazi esterni attigui.

Si prendono contatti con il medico di base per la prescrizione. Viene avviata la procedura di fornitura dello stesso. L'ausilio è disponibile a magazzino e la fornitura avviene la settimana successiva prima del rientro a domicilio.

10. Piano economico

Essendo questo progetto in una fase ancora primordiale, non sono disponibili tutti i dati necessari alla messa a punto di un piano economico dettagliato. In generale si prevede comunque che siano richieste non tanto nuove risorse quanto una ricollocazione di quelle attuali. Le tabelle che seguono, riferite alla fase sperimentale relativa al distretto di Ceva, tentano di dare un'idea di massima delle componenti di costo del progetto.

Preparazione materiale didattico e definizione percorso formativo	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricollocazione risorse	Risorse aggiuntive
	Circa 6 ore per Unità didattica (8 unità didattiche) (previste 6 ore di preparazione per unità didattica) Personal Computer	$48 * 25,8 = 1238 \text{ €}$ uso pc = 0 €	Utilizzo incentivo produttività per progetti specifici	Nessuna
Corso	2 ore per ogni unità didattica 2 edizioni	$(16 * 25,8) * 2 = 851 \text{ €}$ 0€ 0€	Utilizzo parte delle risorse del piano formativo aziendale 2013	Nessuna

Creazione centro prove	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricollocazione risorse	Risorse Aggiuntive
	Locale adibito a centro prove	0€		
	Arredi (scrivania, pc ...)	0€	Utilizzo spazio e attrezzature del magazzino ausili	Nessuna
	Dotazione ausili	9250€ (1)		Nessuna
	Dotazione di personale (2 ore settimana)	$(25,8 * 2) * 52 = 2638 \text{ € / anno}$	Utilizzo ausili disponibili a magazzino	Nessuna
			Utilizzo del tempo del personale dell' ausilioteca già presente a magazzino 1 volta alla settimana	Nessuna

Istituzione prestito d'uso	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricollocazione risorse	Risorse Aggiuntive
	Ausili	0€	Utilizzo del parco ausili del magazzino	Nessuna

Tabelle relative al piano economico 1

Fase organizzativa Implementazione del database	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricollocazione risorse	Risorse Aggiuntive
	Utilizzo e adattamento database	Sconosciuto	Utilizzo ore del servizio informatico aziendale	Nessuna
	Formazione all'uso (3 ore per due responsabili magazzino e 1 amministrativo del distretto)	(3*25.8)*2=154€	Nessuna	154€

Fase Fornitura ausili	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricollocazione risorse	Risorse Aggiuntive
	Responsabile di magazzino	0€	Nessuna (il processo di fornitura è già presente e il progetto non richiede ulteriori risorse in tal senso)	Nessuna
	Fattorino per trasporto	0€		Nessuna

Addestramento all'uso	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricollocazione risorse	Risorse Aggiuntive
	Personale ausilioteca	0€	Il personale dell'ausilioteca svolge già attività di addestramento Il personale del territorio utilizza parte del tempo della presa in carico anche per l'addestramento all'uso	Nessuna
	Personale di territorio	0€		Formazione
Follow-up	Personale di territorio	0€	Il personale del territorio utilizza parte del tempo della presa in carico anche per l'addestramento all'uso	Formazione

Restituzione	Risorse necessarie	Costo presunto	Ricavi
	Personale del magazzino	Compreso nell'attività ordinaria	Sono quantificabili nella riduzione della spesa Si possono calcolare come differenza tra il costo precedente e successivo all'implementazione
Rotazione ausili	Ditta di manutenzione	In funzione del numero di ausili a riparazione e del tipo di interventi (costi da capitolato d'appalto)	

Tablelle relative al piano economico 2

(1) il costo della dotazione ausili per il centro prove si è desunto in modo forfettario calcolato con la seguente tabella

Ausilio	Costo in euro
Deambulatore quattro punte regolabile in altezza	110
Deambulatore quattro ruote per esterni	200
Carrozzina pieghevole standard	300
Carrozzina rigida	400
Carrozzina basculante (n°2 di diversa larghezza)	2000
Unità posturale tronco bacino	1500
Sollevatore passivo	1000
Sollevatore attivo	1500
Montascale a cingoli	2000

11. Bibliografia

- Andrich R (2006): *Elementi di misura dell'outcome degli ausili*. Fondazione Don Carlo Gnocchi. Milano. Portale Siva
- Andrich R, Battaglia MA, Besio S, Bitelli C, Caracciolo A, Ferrarin M, Fogarolo F, Genovese P, Gureschi M, Maurizio S, Pecere G, Pilati G, Romagnoli S, Toffanin R, Vecchiato T (2008): *Le tecnologie assistive nel progetto di autonomia della persona con disabilità: suggerimenti di buona prassi*. Fondazione Emanuele Zancan Onlus Padova; Fondazione Don Carlo Gnocchi Onlus, Milano.
- Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare l'autonomia*. Firenze: Giunti O.S.

- ASL CN1: *Piano locale di prevenzione 2010-2012*.
www.regione.piemonte.it/sanita/cms/documentazione/category/97-2010.html?download=807%3Apiano-locale-di-prevenzione-2010-2012-e-programma-2010-asl-cn1
- ASL CN1 (2010): *Percorso di dimissione protetta*, non pubblicato.
- Bergstrom N, Braden BJ, Laguzza a, Holman V (1987). *The Braden scale for predicting pressure sore risk*. Nurs Res; 36:205-210
- Bruni A, Gherardi S (2007) “*Studiare le pratiche lavorative*”. Il Mulino, Bologna.
- Caracciolo A, Redaelli T, Valsecchi L (2008): *Terapia occupazionale*. Raffaello Cortina Editore; Milano
- Decreto Ministeriale (27/8/1999), n 332. “*Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell’ambito del servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe.*” GU 27/9/2009 n 227
- De Toni A F, Giacomelli I F, Ivis S (2010): *Il mondo invisibile del paziente fragile*. UTET, Torino
- Demers L, Weiss-Lambrou R, Ska B (2000): *Item analysis of the Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST)*. Assistive Technology; 12:96-105.
- Distretti Sanitari di Saluzzo e Fossano- Savigliano (2007): *Progetto sperimentale pilota per la fornitura diretta di ausili tecnici ai soggetti parzialmente o totalmente non autosufficienti in assistenza domiciliare o residenziale*, non pubblicato
- Legge 5/2/1992 n 104: “*Legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone Handicapate*”. GU 17/2/1992 n 39
- Marigliano V, Campana (1997) *Atti Congresso Nazionale: Motricità, Invecchiamento, Riabilitazione*. Casa Editrice Scientifica Internazionale, Roma
- Noto V (2003): *Manuale di Ausili e Cure del paziente geriatrico a domicilio*. UTET, Torino
- OMS (2002): *International Classification of Functioning*. Erickson, Trento
- Regione Piemonte (2012). DGR 27-3628: *Attuazione del Piano di rientro- D.G.R. del 28.2.2011 e s.m.i.-La rete territoriale: criteri e modalità per il miglioramento dell’appropriatezza e presa in carico territoriale* www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2012/30/attach/dgr_04117_830_05072012.pdf (consultato il 16/09/2012)
- Regione Piemonte (2012). Legge Regionale n 3: *Disposizioni in materia di organizzazione del sistema sanitario regionale* www.regione.piemonte.it/governo/bollettino/abbonati/2012/13/attach/1201203.pdf (consultato il 16/09/2012)
- Scaratti G, Kaneklin C, Gorli M (2010). *Conoscere e apprendere nei contesti clinici* in “*Promuovere e sviluppare comunità di pratica e di apprendimento nelle organizzazioni sanitarie : nuove prospettive per la formazione continua in sanità*”. Atti del convegno: Torino, 29-30 ottobre 2009) Regione Piemonte, Assessorato tutela della salute e sanità.