



# Conoscere gli ausili

## Modulo Introduttivo

*Titolo originale:*  
***Increasing the IMPACT of Assistive Technology***  
© European Commission, 1999

*Traduzione italiana a cura di*  
*R.Andrich, M.Ferrario, E.Laudanna*  
© Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, 2003

# INDICE

<b>INTRODUZIONE.....</b>	<b>3</b>
<b>1 AUSILI, INVECCHIAMENTO, DISABILITA' .....</b>	<b>6</b>
1.1 AUSILI.....	6
1.2 DISABILITÀ.....	8
1.3 INVECCHIAMENTO.....	14
1.4 PROBLEMATICHE CONNESSE ALLA DISABILITÀ E ALL'INVECCHIAMENTO.....	19
<b>2 UNA BREVE CARRELLATA SUGLI AUSILI.....</b>	<b>23</b>
2.1 UN AMPIO ASSORTIMENTO – AD ALTA E BASSA TECNOLOGIA, SPECIALIZZATI O DI USO COMUNE.....	23
2.2 AUSILI PER LE PIÙ SVARIATE ESIGENZE.....	25
2.3 TIPI DI APPLICAZIONE.....	26
2.4 CONTESTO D'USO.....	28
<b>3 COME PROCURARSI GLI AUSILI.....</b>	<b>29</b>
3.1 DIVERSI SISTEMI IN DIVERSI PAESI.....	29
3.2 TEMI O QUESTIONI CHIAVE.....	35
<b>4 SPESSO IL BISOGNO NON TROVA RISCONTRO.....</b>	<b>36</b>
4.1 INTRODUZIONE.....	36
4.2 LA DIMENSIONE DEI BISOGNI INSODDISFATTI.....	37
4.3 PERCHÉ È COSÌ FREQUENTE CHE I BISOGNI SIANO INSODDISFATTI ?.....	37
<b>5 IL RESTO DEL CORSO – COME DIVENTARE UN BUON INTERMEDIATORE.....</b>	<b>40</b>
5.1 INTERMEDIATORE SULLE TECNOLOGIE DI AUSILIO.....	40
5.2 RIASSUNTO DEI RIMANENTI MODULI.....	42
<b>6 RIFERIMENTI.....</b>	<b>44</b>
<b>7 ULTERIORI INFORMAZIONI.....</b>	<b>45</b>

## INTRODUZIONE

### Elena

Elena O'Keefe è una donna di 65 anni che vive da sola. Ha avuto problemi di l'artrite fin dall'età di trent'anni. L'aggravarsi della sintomatologia l'ha portata a chiedere nel 1982 il pensionamento anticipato. Dopo di allora, grazie alla sostituzione chirurgica di alcune articolazioni, le sue condizioni sono leggermente migliorate. Nonostante Elena è una delle poche persone con artrite che usa una carrozzina. Suo fratello l'ha convinta che poteva essere una buona idea, e quando Elena ha visto per la prima volta una carrozzina elettronica ha pensato che "poteva essere divertente". La sua decisione di adottare la carrozzina elettronica è stata per lei positiva e liberatoria. Oggi è molto più indipendente. Può spostarsi e andare a fare la spesa nei negozi dei dintorni.



### Nicole

Nicole è una donna di 82 anni, che vive ad Eindhoven, una città di medie dimensioni nel sud dei Paesi Bassi. Come professore universitario, ha sempre avuto una vita molto attiva, con una vasta rete di amicizie ed un notevole coinvolgimento all'interno delle associazioni locali.

Da un paio d'anni ha difficoltà a camminare. Nonostante ciò ha rifiutato di arrendersi ed ha acquistato un deambulatore: "Con questo ausilio posso fare cose che altrimenti non potrei fare, come andare a fare la spesa, andare a teatro... ormai non potrei più farcela senza il mio deambulatore".

Nicole rifiuta l'idea di trasferirsi in una residenza assistita o in casa di riposo. Ha vissuto nella sua casa per molti anni ed essa è ancora piena dei ricordi di suo marito, morto quattro anni fa. A Nicole piace ancora uscire e godere della compagnia degli amici davanti a una tazza di caffè nei pomeriggi primaverili. A casa le piace guardare la televisione o ricamare. Ma soprattutto le piace leggere qualche buon romanzo.



### Mary

Mary Sommers ha 91 anni e vive dal 1925 in una casa di sua proprietà in una piccola cittadina. Ha una sorella che abita nelle vicinanze, a circa 300 metri. Mary pensa che per lei non sia necessario né sia una buona idea 'andare in un ricovero': "Sono così felice di stare qui: non mi sognerei mai



di andarmene. Qui ho tutti i ricordi di Will, mio marito, morto 15 anni fa. E tutti i nostri figli sono nati in questa casa". Dalla morte di suo marito, Mary si è data da fare per rendersi il più indipendente possibile. Vari tipi di ausili la aiutano a far fronte ai problemi che si trova ad affrontare man mano che invecchia. Vede con favore ogni ausili che facilitano la vita – è una mentalità che ha sviluppato negli ultimi dieci anni. Tutto iniziò con i problemi legati alla perdita dell'udito, anche se in quel momento non aveva subito capito la causa di questi problemi, e non sapeva che per risolverli bastava qualche ausilio.

### Anna

Anna è una signora di 65 anni che vive in una piccola città in Finlandia. Prima di ammalarsi lavorava in ufficio e lì aveva imparato ad usare strumenti informatici. L'ictus che la colpì alcuni anni fa le causò un'emiparesi destra e un'afasia. Manifestò subito grosse difficoltà nella comprensione



del linguaggio parlato, al punto tale che la logopedista ritenne che non fosse più in grado di partecipare attivamente ad una discussione o persino di rispondere a semplici domande a risposta si/no. A livello visivo è in grado di compiere associazioni tra forme simili, ma non tra insiemi di concetti (ad es. la frutta, la mobilia ecc...). Si tratta di una marcata afasia, caratterizzata da ricorrenti espressioni stereotipate e dall'incapacità di assumere iniziativa comunicativa.

Questo pacchetto didattico si occupa di quelle tecnologie definite **ausili**. Ossia di quegli strumenti o sistemi tecnologici che danno una mano risolvere difficoltà pratiche della vita quotidiana, siano esse dovute ad una ben definita disabilità o semplicemente all'età avanzata. L'attenzione viene posta su come Tu, operatore dei servizi sanitari o sociali, possa contribuire a far sì che i tuoi assistiti – persone disabili o persone in età avanzata – giungano a trarre beneficio delle tecnologie e degli ausili di cui hanno bisogno.

Lo scopo è offrirti innanzitutto una visione d'insieme:

- sulle problematiche tipiche poste dalla disabilità e dall'invecchiamento

- sul ruolo che gli ausili possono svolgere nel migliorare l'indipendenza ed il benessere delle persone disabili o anziane
- sul ruolo che ciascun operatore dei vari servizi sanitari o socio-assistenziali può svolgere per fare in modo che l'ausilio appropriato sia reso disponibile a coloro che ne hanno bisogno.

Questo Modulo fornisce una prima introduzione agli argomenti che saranno discussi più nel dettaglio nei Moduli successivi. In questi ultimi si metteranno a fuoco specifiche aree funzionali – *motoria, visiva, uditiva e della comunicazione*.

Gli obiettivi di apprendimento che ci prefiggiamo – sia con questo modulo che con quelli successivi – sono che Tu giunga a:

- conoscere le problematiche della disabilità e dell'invecchiamento, almeno quanto basta per comprendere ed apprezzare l'importanza degli ausili
- Conoscere le principali tipologie di ausilio, e renderti conto della grande varietà di prodotti, attrezzature ed applicazioni esistenti
- Capire che la situazione attuale – per quanto riguarda la disponibilità degli ausili e la conoscenza degli stassi da parte di chi ne avrebbe reale bisogno - è in generale ben lungi dall'essere soddisfacente
- Cogliere la responsabilità ed il ruolo cruciale che ciascun servizio dell'apparato socio sanitario – e ciascun operatore in seno ad esso – può esercitare per migliorare la situazione
- Capire nei tratti essenziali come Tu – in qualità di operatore sanitario o socio-assistenziale – possa svolgere il ruolo di *intermediatore* nel campo degli ausili.

# 1 AUSILI, INVECCHIAMENTO, DISABILITÀ

Questo corso ha due principali obiettivi: approfondire la Tua consapevolezza dell'esistenza delle tecnologie d'ausilio e insegnarti alcune cose pratiche che puoi fare in questo campo come operatore socio-sanitario. Questa sezione fornisce una breve introduzione ai concetti di ausilio, di invecchiamento e di disabilità.

## 1.1 Ausili

---

### **Esercitazione – tecnologie di ausilio**

Pensa a delle persone nel tuo ambiente che usano degli ausili tecnologici e prova a rispondere alle seguenti domande:

- Quale tipo di ausilio usano?
- Perché lo usano?
- Quando lo hanno adottato?
- Quale o quali operatori professionali sono stati coinvolti in questa scelta?

Il termine italiano *ausili* (cui corrisponde nella letteratura internazionale il termine *Assistive Technology*, abbreviato *AT*) si riferisce a quei prodotti, attrezzature e tecnologie applicate che possono fornire aiuto a persone con disabilità e a persone anziane nella loro vita quotidiana. In questi ultimi anni, nella letteratura internazionale *assistive technology* sta diventando il termine preferito per indicare questo tipo di tecnologie, in sostituzione di termini più tradizionali come *rehabilitation technology* o *technical aids*. Ciononostante, autorevoli organismi come l'Organizzazione Internazionale degli Standard (International Standards Organization - ISO) e il Comitato Europeo degli Standard (Comité Européen de Normalisation - CEN) utilizzano ancora la vecchia dicitura *technical aids*, comunemente utilizzata dalla gran parte dei sanitari pubblici nei vari Paesi del mondo.

L'ISO e il CEN definiscono per l'appunto un ausilio (*technical aid*) come:

*“qualsiasi prodotto, strumento, equipaggiamento o sistema tecnico utilizzato da una persona disabile, di produzione specializzata oppure disponibile sul comune mercato, che prevenga, compensi, diminuisca o annulli una menomazione, una disabilità o un handicap.”*

Di fatto, il concetto di ausilio non deve essere ristretto solamente a quelle tecnologie di uso esclusivo da parte delle persone disabili (o anziane), ma deve comprendere anche quelle indirizzate alle persone che li assistono (ad es. i sollevatori) o a supportare servizi di assistenza (es. teleallarmi).

In base a questa definizione, le tecnologie di ausilio possono essere di due tipi: ausili specificamente progettati per rispondere ai bisogni delle persone disabili ed anziane, e tecnologie di utilizzo più generale da cui tuttavia possono trarre particolare beneficio le persone anziane o disabili.

Tra le tecnologie di utilizzo generale rientra una varietà di prodotti di consumo, utensili e strumenti casalinghi, come certi elettrodomestici (es. lavatrici) che consentono di risparmiare tempo e fatica, strutture domestiche (es. locale bagno interno) e servizi (es. telefono) che possono essere particolarmente importanti per le persone con disabilità. Queste tecnologie d'uso quotidiano giocano un ruolo significativo nel sostenere l'indipendenza e facilitare la cura personale. Tuttavia, anche in un'Europa che si avventura nel nuovo millennio, un piccolo ma inaccettabile numero di persone disabili ed anziane non ha ancora accesso a facilitazioni così basilari quali ad esempio un bagno interno o un telefono.



Le tecnologie d'ausilio spaziano dalle semplici attrezzature a basso contenuto tecnologico, come i bastoni da passeggio, alle più sofisticate, come i mezzi di trasporto a motore, i computer, le tecnologie per le telecomunicazioni, ed i dispositivi robotici.



Le principali classi di ausili tecnici, elencate nel Glossario Internazionale degli Ausili Tecnici (che si basa sul sistema di classificazione ISO), mostrano la grande varietà di attrezzature, dispositivi e adattamenti che sono inclusi nella definizione di tecnologie d'ausilio.

## Glossario Internazionale degli Ausili Tecnici

Ecco alcune tra le principali categorie elencate nel Glossario:

- Ausili per la cura e la protezione personale (es. ausili per utilizzare il wc, per fare il bagno, per lavarsi, abbigliamento adattato alle esigenze poste dalla disabilità, scarpe)
- Ausili per la mobilità personale (es. carrozzine, ausili per ruotare o per sollevare, ausili per l'orientamento)
- Ausili per la cura della casa (es. per preparare i cibi, lavare i piatti, bere e mangiare, rassettare)
- Ausili per l'adattamento della casa (es. mobili adattati, ausili per aprire o chiudere porte, finestre e tende, ascensori e montascale, sistemi per la sicurezza personale)
- Ausili per comunicazione, informazione e segnalazione (es. ausili ottici, apparecchi acustici, ausili per la scrittura, computer e relativi software, sistemi di allarme, telefoni, sistemi per la comunicazione faccia a faccia)
- Ausili per maneggiare altri dispositivi (es. ausili per operare sugli oggetti, sistemi per il controllo ambiente, ausili per raggiungere e afferrare altri oggetti, ausili per portare o trasportare, sistemi robotici,)
- Sistemi per il miglioramento dell'ambiente (es. climatizzatori)
- Ausili per il tempo libero (es. giochi o giocattoli adattati, attrezzature per lo sport e l'esercizio fisico, attrezzature per il giardinaggio, ecc.)
- Ausili per terapia ed addestramento (es. per la dialisi, per dosare le medicine, per eseguire test o analisi, per la stimolazione, per la prevenzione dei decubiti; ausili per la terapia e l'addestramento e l'apprendimento in aree quali il lavoro, l'arte, le strategie comunicative)
- Protesi ed ortesi (es. busti, tutori per gli arti, calzature ortopediche)

La classificazione completa (Standard En Iso 9999) è reperibile presso l'ISO [www.iso.ch](http://www.iso.ch), il CEN [www.cenorm.be](http://www.cenorm.be) e presso gli enti nazionali responsabili per la standardizzazione (in Italia l'UNI [www.uni.com](http://www.uni.com)). La *ricerca guidata ausili* nel Portale SIVA [www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it) e nel Portale EASTIN [www.eastin.info](http://www.eastin.info) si basa sull'ultima versione di questa classificazione (ISO 9999:2002).

Questo corso riguarderà tutte queste tecnologie, con la sola eccezione delle protesi ed ortesi e di certe tecnologie di carattere specificamente medico, come ad es. gli strumenti per la dialisi.

## 1.2 Disabilità

---

Questo corso riguarda il ruolo delle tecnologie d'ausilio al servizio di alcune importanti necessità delle persone anziane e disabili. E' importante dunque partire da una buona conoscenza di ciò che la disabilità e l'invecchiamento comportano per coloro che ne sono direttamente coinvolti, le stesse persone disabili o anziane. Questo capitolo darà uno sguardo al concetto di disabilità e a come varie scuole di pensiero l'hanno definito nel corso degli anni. Il capitolo

seguinte si occuperà invece del concetto di invecchiamento e dell'esperienza che esso comporta.

Una delle principali ragioni per cui le persone disabili incontrano molti problemi nella società odierna e non godono di opportunità uguali agli altri è dovuto al modo in cui la disabilità stessa è definita ed intesa. La disabilità è un concetto difficile da definire; il modo in cui essa è comunemente intesa determina in larga misura le politiche sociali e sanitarie adottate, ed in definitiva l'impatto stesso della disabilità a tutti i livelli, dall'individuo alla società.

### Tom

Tom è affetto da artrite. Ha delle difficoltà nel cammino ed utilizza un deambulatore con ruote. Vive in un appartamento al terzo piano. Fortunatamente l'edificio è provvisto di ascensore. Tom usa sempre l'ascensore per raggiungere o lasciare il suo appartamento per andare a fare la spesa nelle vicinanze. Poi il piccolo negozio dove si recava per fare la spesa ha chiuso, lasciando solo un grande supermercato a circa due chilometri da casa sua. Egli quindi non può più raggiungere a piedi il negozio per fare la spesa.



### Esercitazione – Disabilità

Cerca di spiegare il concetto di disabilità nel caso di Tom.

Nell'arco degli anni si è sviluppata una grande varietà di modi secondo i quali vedere la disabilità. Ai poli opposti ci sono due prospettive che potremmo chiamare sinteticamente *modello medico* e *modello sociale*.

Tradizionalmente, la maggior parte delle politiche sanitarie e sociali sulla disabilità si è basata su un modello medico che considerava la disabilità come un problema *legato alla persona*, dunque causato direttamente dalla malattia, dal trauma o dalle condizioni di salute, e che quindi richiedeva in primo luogo cure mediche sotto forma di trattamenti individuali fatti da professionisti.

Il modello sociale della disabilità, al contrario, vede il problema principalmente dal punto di vista di ciò che la società deve fare per assicurare l'integrazione delle persone disabili. Da questo punto di vista, la disabilità non è un attributo della persona, bensì un insieme di situazioni potenzialmente restrittive che si verificano non per via della



menomazione in sè, ma per l'inadeguatezza della società a conformarsi alle esigenze legate a tale menomazione così da permettere alla persona di mettere a frutto le proprie capacità.

Oltre a richiedere interventi di natura pratica (mettere a disposizione tecnologie d'ausilio, realizzare prodotti ed ambienti accessibili a tutti) il modello sociale richiede un cambiamento degli atteggiamenti tradizionali ed il riconoscimento, a livello politico, che il superamento della disabilità è una questione di diritti umani.

Oggi giorno il modello sociale sta diventando predominante e, come verrà analizzato nel prossimo paragrafo, l'Organizzazione Mondiale della Sanità ha incluso questa nuova prospettiva nel suo sistema di classificazione delle disabilità, denominato **ICF** (International Classification of Functioning, Disability and Health).

#### **Esercitazione - Disabilità**

La tua descrizione della disabilità di Tom cambia se segui il modello sociale? E se sì, in quale modo?

### **La classificazione della disabilità secondo l'Organizzazione Mondiale della Sanità.**

---

Nel 1980 l'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) pubblicava la prima versione della ICIDH (Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità e Handicap). Questa fu realizzata ad integrazione di una precedente classificazione elaborata sempre dall'OMS, la Classificazione Internazionale delle Malattie (ICD), quando la medicina riconobbe che la disabilità andava oltre la malattia o il trauma che causano la menomazione e che al fine di prescrivere il trattamento e la riabilitazione era necessaria una classificazione che descrivesse anche le *conseguenze* di quelle condizioni mediche.

I termini-chiave centrali di questa classificazione ICIDH del 1980 sono quelli di *menomazione*, *disabilità* ed *handicap*, termini da utilizzarsi con un preciso significato. Una *menomazione* è una qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o funzione psicologica, fisiologica o anatomica. Una *disabilità* è una qualsiasi restrizione o mancanza di abilità, risultante da una menomazione, a svolgere un'attività in un modo considerato normale. Un *handicap* è uno svantaggio che deriva da una menomazione o da una disabilità, che limita il raggiungimento di obiettivi individuali.

Dopo due decenni di uso, si fece strada l'idea che questo sistema di classificazione necessitasse una revisione alla luce dell'evoluzione dei servizi sanitari e dell'emergere di una nuova coscienza sociale

rispetto alla disabilità. Fu avviato pertanto il lavoro per la messa a punto della nuova classificazione, inizialmente denominata ICIDH-2, e infine adottata nel 2001 dall'assemblea dell'OMS con il nome definitivo di **ICF**

#### **Che cosa dice Disabled Peoples' International ...**

Disabled Peoples' International (DPI) ha precisato con chiarezza il proprio punto di vista rispetto alle proposte dell'OMS.

*"In un mondo ideale, preferiremmo non essere classificati in alcun modo. Siamo l'unico gruppo oppresso che deve essere passato al setaccio per essere identificato.*

*Tuttavia, per motivi statistici, per le valutazioni di servizi e programmi e soprattutto per una legislazione non discriminatoria, abbiamo certamente bisogno di avere una definizione di chi siamo e delle nostre situazioni e pertanto accettiamo – seppur con riluttanza – che ciò comporti qualche tipo di classificazione o sistema di analisi delle disabilità. Ma il punto cruciale per tutti noi è che ogni classificazione riguardante noi o la nostra condizione deve essere inserita in un contesto sociale e non individuale."*

Il primo passo dell'OMS è stato quello di cambiare i nomi di alcune categorie per eliminare il loro carattere negativo. Dalla disabilità si è passati all'*attività* e, per estensione, alla *limitazione dell'attività*. Dall'*handicap* si è passati alla *partecipazione* e, per estensione, alla *limitazione alla partecipazione*. Ma non si tratta di un semplice cambiamento terminologico, si tratta di una visione del tutto nuova del concetto di disabilità.

#### **Definizioni delle dimensioni proposte dalla ICIDH-2:**

La **limitazione delle funzioni** è una perdita o anormalità di una struttura corporea o di una funzione fisiologica o psicologica (es. perdita di un arto, perdita della vista...)

Un'**attività** rappresenta la natura e l'estensione della funzionalità a livello della persona. Le attività possono essere limitate nella tipologia, durata e qualità (es. prendersi cura di sé, mantenere un lavoro...)

La **partecipazione** è il tipo ed il grado di coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita in relazione alle menomazioni, all'attività, alle condizioni di salute e ad altri fattori contestuali. La partecipazione può essere limitata nella natura, durata e qualità (es. partecipazione ad attività comunitarie, ottenimento della patente di guida ...)

Gli sviluppi del lavoro dell'ICIDH-2, successivamente evolutisi nella ICF, possono essere seguiti all'indirizzo [www.who.int/classification/icf](http://www.who.int/classification/icf)

#### **Mettere in risalto la funzione**

Il risalto dato all'*attività* ed alla *partecipazione* permetterà alle statistiche nazionali ed europee di dare più attenzione alle difficoltà pratiche sperimentate dalle persone disabili. Ciò sarà più utile per dare informazioni sul numero di persone che effettivamente si

incontrano problemi nel realizzare ciò che desiderano fare, come guardare la televisione, farsi il bagno, sollevare la cornetta del telefono, fare una telefonata.

#### **Esercitazione**

Ricorda l'esempio di Tom e cerca di descrivere le sue limitazioni funzionali, le limitazioni nella sua attività, le limitazioni nella sua partecipazione ed i fattori contestuali che possono contribuire a creare o a rimuovere la sua situazione di disabilità.

Questo tipo di approccio è utile specialmente quando consideriamo la disabilità in età avanzata. Esiste una correlazione tra anzianità e disabilità, nel senso che una grande percentuale - circa il 70% - delle persone disabili hanno più di 65 anni di età. Tuttavia sarebbe un errore considerare le persone anziane come una popolazione fragile o disabile. E' ben vero che tutte le persone anziane vanno incontro a cambiamenti nella situazione fisica e mentale, ma la gran maggioranza vive in buona salute.

E' la situazione funzionale, piuttosto che lo stato di salute o il tipo di disabilità o l'età, che determinerà se una persona può vivere una vita indipendente nella comunità. La situazione funzionale sarà determinante nello stabilire tipologie e livelli di assistenza, compresi gli ausili tecnologici necessari per svolgere le attività della vita quotidiana. La classificazione delle attività nel sistema ICF (vedi anche la scheda per maggiori dettagli) dà un'indicazione dell'ampio spettro di capacità funzionali che sono importanti nella vita di tutti i giorni.

#### **Ricerca – le attività secondo la ICF dell'OMS**

Osserva le attività elencate nella scheda e scegli quelle in cui pensi che Tom sia limitato. Confronta poi questa descrizione di attività ridotte o limitate con le descrizioni della disabilità che hai dato precedentemente e cerca di combinarle con il tipo di assistenza e di ausili da cui Tom potrebbe trarre beneficio. Quale tra queste descrizioni ti darà le tracce più preziose per definire il tipo di assistenza o di tecnologie da cui Tom potrebbe trarre vantaggio?

### **Diffusione della disabilità**

---

Questi sviluppi positivi nella concettualizzazione e classificazione delle disabilità devono ancora trovare modo di penetrare nelle statistiche nazionali ed europee. Infatti non esiste ancora un insieme adeguato di dati che permetta di valutare in modo realmente accurato in termini quantitativi la disabilità nell'Unione Europea né esistono informazioni utili a fornire un quadro comparativo tra i diversi paesi europei.

Dati interessanti sulle varie categorie di disabilità sono riportati nella pubblicazione Eurostat “Dati Statistici sulle Persone Disabili” (Eurostat 1995). I dati si basano sulle diverse definizioni di disabilità dei diversi paesi e forniscono una stima delle persone disabili nelle nazioni dell’Unione Europea che variano tra il 9.3% ed il 15.2% della popolazione; la maggioranza dei paesi membri sembra allinearsi su una percentuale molto vicina al 12% della popolazione. La variabilità tra Paese e Paese può dipendere dalle differenze esistenti tra le diverse composizioni delle fasce di età nelle diverse nazioni, dei differenti metodi utilizzati per definire ed identificare le persone con disabilità o di una combinazione di questi ed altri fattori.

Se da un lato queste cifre ci testimoniano che in Europa la disabilità rappresenta una questione importante per i servizi sanitari e sociali, dall’altro non ci consentono di capire quale peso abbiano all’interno le diverse categorie di disabilità, e non ci sono quindi molto utili per valutare la portata della potenziale necessità di tecnologie di ausilio. Per questo tipo di dati è necessario cercare statistiche di buona qualità a livello nazionale e poi estrapolarle a livello dell’Unione Europea, così da ottenere delle stime ragionevoli del numero di persone con differenti tipi di disabilità.

La tabella 1 fornisce delle valutazioni basate su un’indagine effettuata in Gran Bretagna sulla base della classificazione OMS ICIDH 1980. Da questa possiamo dare un’indicazione approssimata del numero di persone con differenti disabilità in una popolazione dell’Unione Europea di circa 375 milioni di persone (cfr. Eurostat, 1995, tabella 9, pag. 192).

**TABELLA 1.**  
**Stima del numero di persone disabili nell’UE**  
(basata sull’extrapolazione dei dati del Regno Unito)

<b>Tipo di disabilità</b>	<b>%</b>	<b>N (milioni)</b>
Funzioni fisiche		
Cura personale	7.3 %	27.4
Locomozione/Mobilità	7.8 %	29.3
Assetto corporeo	2.2 %	8.3
Destrezza	3.1 %	11.6
Funzione visiva	3.0 %	11.3
Funzione uditiva	4.7 %	17.6
Comunicazione (verbale)	2.3 %	8.6
<b>Totale (con almeno una disabilità)</b>	<b>11.6 %</b>	<b>43.6</b>

Dalla tabella possiamo desumere che un grande numero di cittadini europei vive l’esperienza di almeno uno dei quattro tipi di disabilità di cui si occupa questo corso - fisica, uditiva, visiva, comunicativa. E’ anche chiaro che molte persone hanno contemporaneamente più di una disabilità (i numeri in ogni categoria, quando sommati, danno

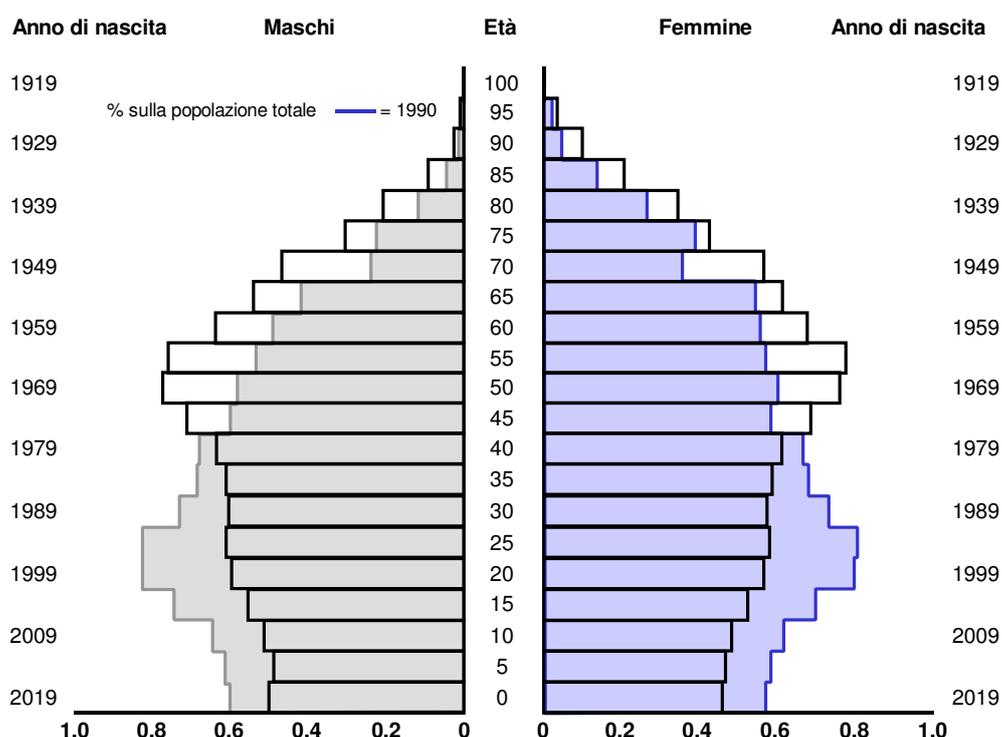
una cifra molto maggiore del totale delle persone con almeno una disabilità).

### 1.3 Invecchiamento

Nel momento in cui l'Unione Europea si avventura nel nuovo millennio, appare all'orizzonte una nuova sfida demografica. Il numero di bambini e di giovani nell'Unione sta diminuendo mentre il numero di persone anziane continua a crescere. Fin da quando l'Unione Europea fu costituita trent'anni fa, la sua popolazione ha continuato ad invecchiare. Questo "ingrigirsi" della popolazione sta avvenendo in tutte le nazioni dell'EU, con alcune piccole variazioni di ritmo nei diversi paesi.

**Figura 1. Piramide dell'età: Le stime dell'UE per il 2020**

Fonte: dati Eurostat/ILO

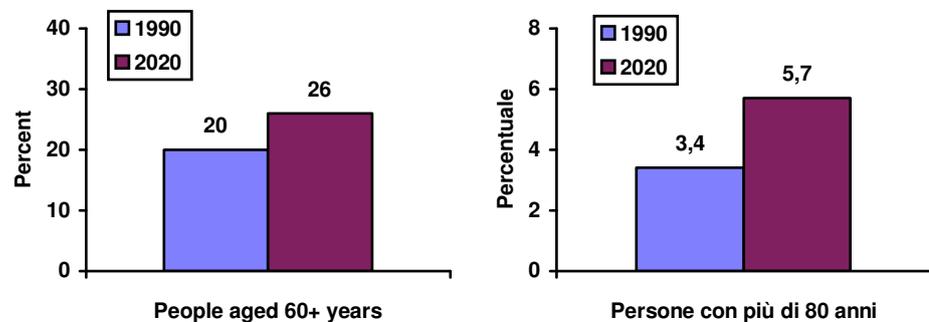


#### **Aumento del numero delle persone anziane**

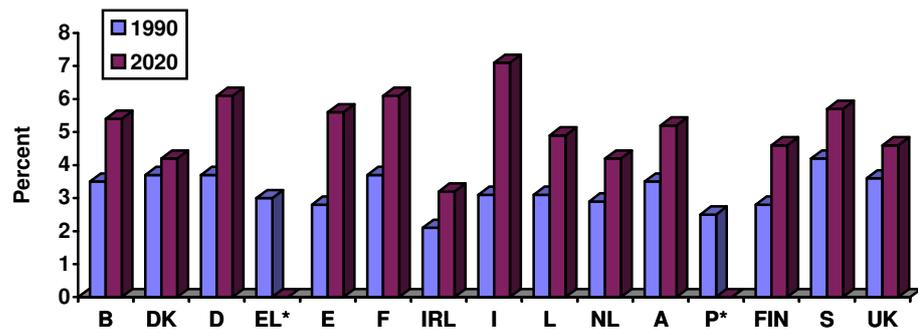
A tutt'oggi esistono più di 75 milioni di persone oltre i 60 anni nell'Unione Europea, che rappresentano circa un quinto della popolazione totale. Si prevede che questo numero crescerà velocemente nei prossimi decenni, in modo tale che entro l'anno 2020 più di un quarto della popolazione dell'Unione avrà raggiunto il suo sessantesimo compleanno (figura 3).

Di ciò è responsabile un certo numero di fattori, tra i quali il calo del tasso di fertilità e l'aumento della longevità e dell'aspettativa di vita possibile della popolazione più anziana. Di conseguenza, la classica figura a piramide dell'età della popolazione, con una larga base ed uno stretto vertice, è stata sostituita da una figura molto più simile ad una colonna. Vale a dire, esiste una distribuzione più uniforme delle persone all'interno delle differenti fasce di età. Si prevede che queste tendenze continuino, accelerate dall'invecchiamento dei "figli del boom" post bellico, portando ad un ulteriore appiattimento della "piramide" della popolazione (Figura 2).

**Figura 2. Percentuale sulla popolazione totale dell'UE di persone con più di 60 e più di 80 anni (1990-2020)**



**Figura 3. Percentuale sulla popolazione in ogni nazione dell'UE di persone con più di 80 anni**



(fonte: *Statistiche demografiche Eurostat, 1997;*  
\*previsioni nazionali non fornite)

A causa dei differenti tassi di fertilità, mortalità e migrazione negli stati membri, il ritmo di invecchiamento della popolazione varia nell'Unione Europea. Tuttavia, tutti gli stati membri si aspettano un significativo aumento della loro popolazione anziana nei prossimi 20 anni.

### **Come dobbiamo chiamarci?**

A varie persone al di sopra dei sessant'anni è stato chiesto recentemente in un sondaggio di opinione come preferirebbero essere chiamati. Tra gli intervistati non c'è stata unanimità – la maggioranza propendeva per termini del tipo “persone anziane” e “cittadini senior” – ma ciò su cui quasi tutti erano d'accordo era di non voler essere chiamati “vecchi”, che poi è il termine più comunemente utilizzato dai media e dai politici. (Cronin & McGlone, 1993).

### **Persone molto anziane**

Ancor più significativo della crescita generale della proporzione delle persone anziane nell'Unione Europea, è l'invecchiamento all'interno della stessa popolazione anziana. Le persone molto anziane - da 80 anni in su - sono la parte di popolazione anziana che cresce più velocemente e che raggiungerà il numero di circa 20 milioni entro il 2020 (figure 3 e 4). Ciò vuol dire mediamente un aumento di circa il 60 % sulla media tra il 1990 e il 2020.

### **Più donne anziane che uomini**

Se più europei di quanto sia mai successo finora stanno diventando anziani o molto anziani, ciò non accade in modo uguale per i due sessi. Le donne sopravvivono agli uomini mediamente di 6 anni. La maggior aspettativa di vita nelle donne porta ad un divario tra i due sessi nell'età avanzata. Circa tre su cinque delle persone anziane di età compresa tra i 60 ed i 79 anni nella Unione Europea sono donne, mentre sono sette su dieci dagli 80 in su.

### **Diminuzione del tasso di natalità e rapporti di dipendenza**

Come notato precedentemente, la diminuzione del tasso di natalità è un fattore importante che contribuisce all'invecchiamento della popolazione globale. La media di figli per ciascuna donna nell'UE è andata diminuendo fin dalla metà degli anni 60, da 2,63 nel 1960 fino a 1,58 nel 1990, ed attualmente è al di sotto del livello di ricambio della popolazione di 2,1 bambini per ciascuna donna. Poiché le persone stanno avendo meno bambini in futuro ci saranno meno membri della famiglia che assisteranno gli anziani. Questa riduzione di assistenti informali probabilmente si sommerà con la spinta del mercato del lavoro ad incoraggiare le “tipiche” assistenti familiari (generalmente donne di mezza età) a trovarsi un lavoro retribuito. Queste tendenze aumenteranno l'importanza di quelle tecnologie d'ausilio che possono facilitare la cura personale e la vita indipendente.

### **La disabilità tra le persone anziane in Europa**

Raggiunta l'età di 60 anni, l'aspettativa media di vita nell'Unione Europea è di 20 anni e, per la maggioranza delle persone, molti di questi anni verranno trascorsi in discreta salute. Naturalmente esiste

un enorme variabilità tra le persone riguardo al grado in cui l'invecchiamento ha riflessi sui problemi nella vita quotidiana e molto poco si sa sui complessi processi coinvolti. La ricerca volta a proteggere e mantenere il benessere e l'indipendenza delle persone anziane sane è ancora ai primordi, ma è oggetto di sempre maggiori attenzioni.

Sebbene sia vero che la maggioranza delle persone anziane vive in buona salute e rimane capace di prendersi cura di sé - di fatto molti fanno essi stessi da assistenti ad altri – ciò nondimeno esiste una consistente minoranza che ha seri problemi di salute che incidono sulle abilità funzionali, ed ha bisogno di un certo grado di assistenza per poter svolgere le attività della vita quotidiana. Una percentuale tra un quarto ed un terzo di coloro che hanno 70 anni o più necessita di qualche forma di assistenza, mentre viene stimato che oltre il 40% di coloro che hanno superato gli 80 anni siano gravemente inabili.

### **Diffusione delle limitazioni funzionali tra le persone anziane**

---

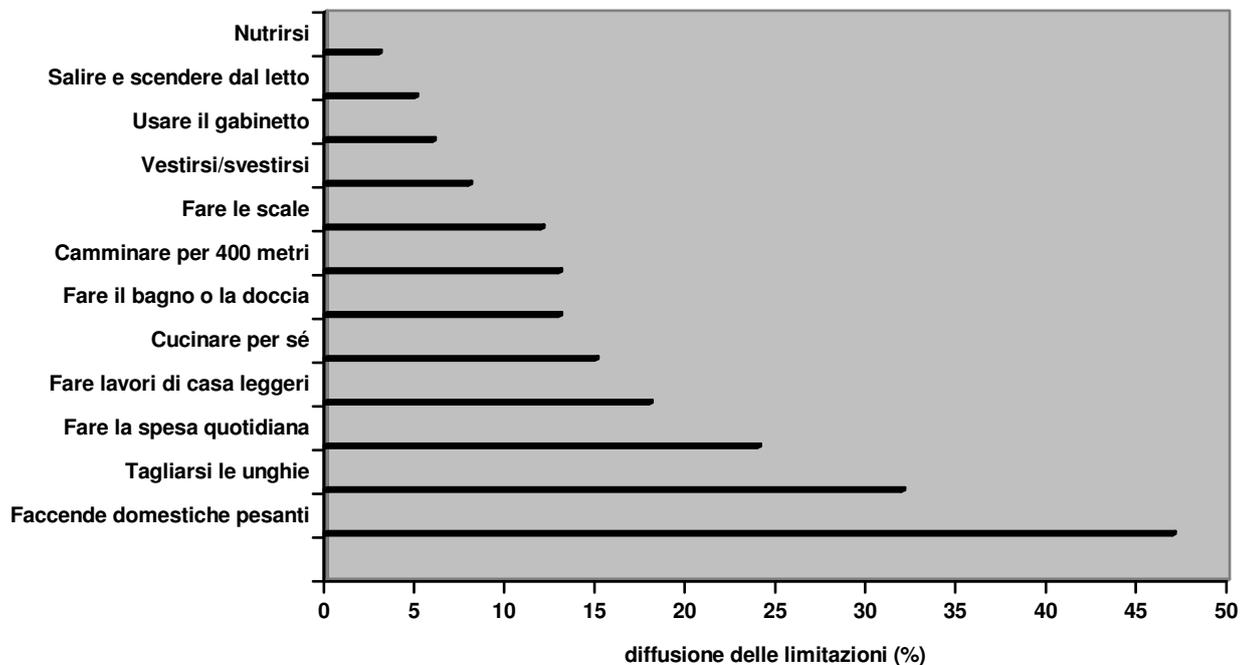
Come osservato precedentemente, nel caso di persone anziane, l'attenzione tende ad essere concentrata sulle limitazioni funzionali piuttosto che non sulle disabilità, anche se ovviamente questi due concetti in gran parte si sovrappongono. Le limitazioni funzionali correlate alle attività della vita quotidiana vengono tradizionalmente divise tra quelle riguardanti rispettivamente le *attività primarie* (ADL – *Activities of Daily Living*) e le *attività strumentali* (IADL – *Instrumental Activities of Daily Living*). Le attività primarie (ADL) sono quelle mirate a soddisfare le necessità fondamentali di cura personale e di sostentamento (es. alimentarsi, mantenere il riscaldamento, curare il proprio aspetto). Le attività strumentali (IADL) sono quelle che fanno da sfondo alle attività primarie, ossia che ne permettono il soddisfacimento in una prospettiva di vita indipendente nella comunità (es. fare la spesa, cucinare). Le attività primarie e quelle strumentali coprono numerose aree, come illustrato nella tabella seguente (tratta da Guralnik ed altri, 1996).

## Attività della vita quotidiana

<u>Primarie (ADL)</u>	<u>Strumentali (IADL)</u>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Mangiare</li> <li>• Effettuare trasferimenti (es. dal letto ad una sedia)</li> <li>• Assolvere alle funzioni corporali</li> <li>• Vestirsi</li> <li>• Curare il proprio aspetto (es. darsi lo smalto)</li> <li>• Fare il bagno</li> <li>• Camminare (per 400 metri)</li> <li>• Superare gradini e scale</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Preparare i pasti</li> <li>• Camminare all'esterno dell'abitazione</li> <li>• Fare le faccende domestiche</li> <li>• Fare la spesa</li> <li>• Maneggiare il denaro</li> <li>• Utilizzare il telefono</li> <li>• Auto medicarsi</li> <li>• Utilizzare i trasporti pubblici</li> </ul>

La capacità di effettuare queste varie attività senza aiuto di solito non diminuisce allo stesso ritmo con l'aumentare degli anni. Ciò è illustrato in Figura 4 sulla base dei dati di uno studio finlandese condotto su oltre 1000 persone anziane che hanno superato i 60 anni di età (Ferrucci ed altri, 1998). La Figura 4 mostra che mentre circa il 50% delle persone che hanno più di 60 anni risulta non più capace di fare lavori pesanti in casa, solo il 3% risulta di non essere più in grado di nutrirsi in modo autonomo.

**Figura 4. Diffusione delle limitazione funzionali per attività**



## **L'invecchiamento – una vittoria, un problema, una sfida?**

---

L'invecchiamento della popolazione rappresenta una vittoria dello sviluppo sociale e della sanità pubblica. Dovrebbe perciò essere interpretato come uno sviluppo positivo, non un problema oppure una crisi. L'attenzione dei servizi sanitari e sociali dovrebbe essere posta nel prolungare l'autonomia, la partecipazione alla società e un buona qualità di vita, e nel valorizzare l'enorme risorsa di esperienza, saggezza e maestria che la popolazione anziana può fornire.

Le tecnologie d'ausilio giocano un importante ruolo in questo modo di affrontare il problema. Possono aiutare le persone anziane a fare cose che altrimenti troverebbero difficili e possono aumentare la dignità e la reciprocità delle relazioni di assistenza.

### **🗑 Esercitazione/verifica - riassunto del capitolo sull'invecchiamento**

Riassumi il messaggio centrale di questa sezione. Discuti le implicazioni da prospettive differenti, ad esempio della persona che invecchia, della tua professione, delle politiche sociali, ...

## **1.4 Problematiche connesse alla disabilità e all'invecchiamento**

---

L'esperienza individuale dell'invecchiamento o della disabilità è in larga parte determinata dal tipo di società nella quale la persona vive, tuttavia si possono riconoscere in essa alcune problematiche concrete che ricorrono a vari livelli:

- per le stesse persone disabili o anziane
- per i familiari
- per i servizi socio-sanitari
- per la società nel suo insieme.

### **Implicazioni per le persone anziane o disabili**

---

Da quanto detto in precedenza dovrebbe essere evidente che, quanto meno in un mondo ideale, l'aver una disabilità o una limitazione funzionale causata dall'età non dovrebbe di per sé comportare restrizioni nella vita quotidiana. In parole povere, l'impatto della disabilità sarà trascurabile se l'ambiente, nel significato più ampio del termine, sarà rispondente alle necessità delle persone disabili ed anziane. Ciò riguarda:

- la progettazione (edifici, mezzi di trasporto, dispositivi, ecc.)

- gli atteggiamenti culturali (dei datori di lavoro, dei fornitori di servizi, in realtà di ogni membro della società)
- la disponibilità di aiuto e servizi di supporto, sia formali che informali
- la disponibilità di ausili tecnologici.

Nella realtà, naturalmente, le cose non vanno sempre in modo perfetto. In molti Paesi europei, magari ben serviti per quanto riguarda l'assistenza e l'aiuto informale, l'ambiente è per vari aspetti ancora inadeguato. Ciò significa che l'impatto della disabilità o di una limitazione funzionale può essere a volte fortemente negativo.

Un possibile impatto riguarda la capacità di vivere in modo indipendente nella comunità. Questa è la condizione desiderata dalla grande maggioranza delle persone, incluse le persone anziane e quelle con disabilità.

Tuttavia, in assenza di un ambiente che crei condizioni

favorevoli (tra queste, la disponibilità di tecnologie d'aiuto), una persona disabile o una persona anziana può perdere la propria indipendenza fino a dover ricorrere al ricovero in strutture residenziali. Nel migliore dei casi, molti sperimenteranno difficoltà nello svolgere le attività abituali della vita quotidiana. Altre conseguenze sono ad esempio le difficoltà che molte persone disabili in età lavorativa hanno nel trovare un impiego (in alcune nazioni europee il tasso di disoccupazione delle persone con disabilità raggiunge l'80%) o le limitazioni delle opportunità in molte altre aree vitali, come l'accesso all'istruzione ed alla vita sociale in genere.

Gli ausili tecnici che facilitano le attività della vita quotidiana hanno un enorme potenziale per minimizzare sia le limitazioni funzionali che l'impatto negativo che queste possono comportare per le persone che ne sono coinvolte.

### **Implicazioni per i familiari**

Sebbene i servizi socio-sanitari giochino certamente un ruolo cruciale, è noto che il grosso dell'assistenza e del sostegno alle persone disabili ed anziane viene fornito dai familiari. Nel caso di bambini e giovani, sono i genitori che normalmente forniscono

QUI PARLA GRANNY JONES-  
VORREI UNA DOZZINA DI MELE GRANNY SMITH, PER FAVORE

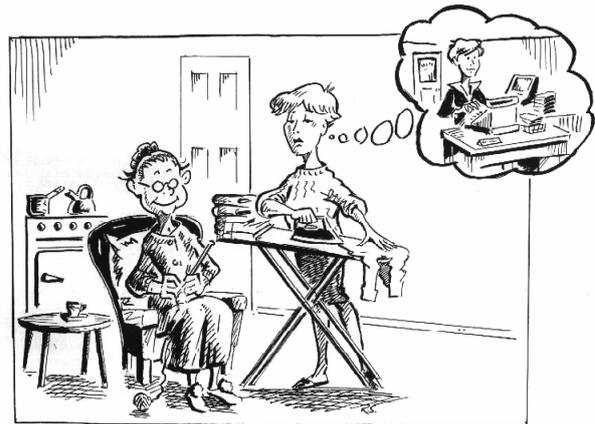


assistenza. Nel caso di persone anziane, tipici assistenti primari sono il coniuge o un figlio adulto (generalmente una figlia).

Anche se l'assistenza da parte di un familiare avviene nel contesto dei legami affettivi e della reciprocità che stanno alla base della vita familiare, bisogna tuttavia riconoscere che il fornire assistenza può essere molto impegnativo, e comportare a volte notevoli costi economici. Può essere impegnativo dal punto di vista fisico, a tal punto da causare affaticamento e talora anche dei danni (il più comune tra questi è il mal di schiena causato da sollevamenti scorretti). Ma lo è forse ancor di più per le tensioni psicologiche ed emotive, che possono insorgere in special modo quando l'assistenza è fornita 24 ore al giorno e le opportunità di pausa sono limitate o addirittura inesistenti. L'assistenza a persone con demenza (es. nel caso del morbo di Alzheimer) può essere particolarmente stressante.

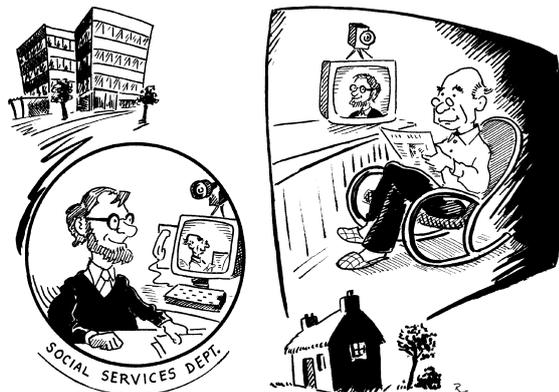
Bisogna anche tener conto della questione del costo-opportunità. Le responsabilità dell'assistenza possono costringere il familiare a limitare o a volte anche rinunciare ad un'attività lavorativa retribuita.

Anche in questo caso, le tecnologie d'ausilio offrono enormi potenzialità per minimizzare questa fatica e rimuovere queste limitazioni. Possono facilitare le operazioni pratiche dell'assistenza (ad esempio i sollevatori che aiutano nei trasferimenti) e possono anche, naturalmente, dare maggiori possibilità di fare da soli. In questo modo possono essere molto liberatori, sia per gli assistenti sia per gli assistiti.



## Implicazioni per i servizi socio-sanitari

La disabilità – come pure le limitazioni funzionali dovute all'età - pongono una grande varietà di problematiche anche per i servizi socio-sanitari. Una prima questione è come fornire la miglior qualità



possibile di assistenza tenendo conto nel contempo delle necessità di contenimento della spesa, necessità che è attualmente oggetto di pressioni molto forti in molti paesi.

Anche in questo caso le tecnologie di ausilio possono svolgere un ruolo molto importante sia per la funzione pratica che rivestono nell'ambito dell'assistenza sia per la loro capacità di soddisfare obiettivi strategici di rapporto costi-benefici. Per quanto riguarda i risultati in termini di qualità, le tecnologie di ausilio possono spesso dare un contributo primario per soddisfare gli obiettivi di indipendenza, partecipazione e qualità di vita.

Per quanto riguarda il contenimento dei costi, è stato dimostrato che gli ausili possono offrire soluzioni molto efficaci in varie aree dell'assistenza (es. i servizi di tele-allarme possono far risparmiare in termini di ricorso alla lungo-degenza ospedaliera o ad altre forme di ricovero in strutture residenziali.)

### **Implicazioni per la società nel suo complesso**

---

Complessivamente, questi aspetti pratici legati alla disabilità e all'invecchiamento, uniti alla necessità di assicurare alle persone anziane e disabili pieno rispetto, dignità e diritti, pongono dei seri problemi per tutta la società. Si è detto infatti che il livello di sviluppo e di civilizzazione di una società può essere misurato dalla qualità delle cure che essa riserva ai suoi cittadini anziani e disabili.

Le tecnologie d'ausilio sono spesso un prerequisito per le pari opportunità, per la piena partecipazione e per una buona qualità di vita per le persone disabili ed anziane, perciò la società ha il dovere di assicurarsi che le tecnologie appropriate siano disponibili ed alla portata di tutti.

Nel futuro queste questioni sono destinate ad assumere peso sempre maggiore. Da un lato l'invecchiamento della popolazione farà sì che le persone disabili ed anziane costituiranno una sempre maggiore porzione della popolazione. Dall'altro ci saranno delle pressioni notevoli da parte del mercato del lavoro per incoraggiare la partecipazione attiva delle persone disabili, per l'innalzamento dell'età pensionabile e per una maggiore partecipazione al mondo del lavoro delle persone che tradizionalmente forniscono assistenza alle persone anziane e disabili – e cioè le donne di mezza età.

Ancora una volta le tecnologie d'ausilio possono giocare un ruolo determinante. Un'ampia disponibilità di tecnologie d'ausilio potrebbe essere fortemente liberatoria per tutti noi.

## 2 UNA BREVE CARRELLATA SUGLI AUSILI

Questo paragrafo fornisce un breve rassegna introduttiva delle tecnologie d'ausilio. Lo scopo è di offrire al lettore una qualche idea della varietà degli ausili esistenti e del loro possibile utilizzo. Per una loro trattazione approfondita si rimanda ai capitoli successivi.

### 2.1 Un ampio assortimento – ad alta e bassa tecnologia, specializzati o di uso comune

Esistono di fatto sul mercato migliaia di prodotti e servizi classificabili come ausili. Spaziano da semplici attrezzature semplici a basso contenuto tecnologico fino a strumenti informatici di ultima generazione, alle case intelligenti ed ai dispositivi robotici. Comprendono sia articoli di uso comune di particolare utilità per le persone anziane e disabili, sia dispositivi specializzati progettati specificamente per le particolari necessità di queste ultime.

#### **Esercitazione – estensione delle tecnologie di ausilio**

Indaga sull'estensione delle tecnologie d'ausilio.

Puoi trovare informazioni sulle tecnologie d'ausilio:

1. In banche dati e cataloghi aggiornati dagli enti che forniscono servizi consulenza ausili nel tuo paese o regione (trova quali sono e quali informazioni forniscono)
2. Acquisendo i cataloghi dai rivenditori di tecnologie d'ausilio (puoi rintracciare informazioni sui loro indirizzi presso i centri di informazione ausili o negli elenchi telefonici)
3. Visitando siti web specializzati quali [www.portale.siva.it](http://www.portale.siva.it), [www.eastin.info](http://www.eastin.info), [www.abledata.com](http://www.abledata.com)

#### **Certi articoli di uso comune possono essere molto utili**

Molti ausili servono sia per persone con limitazioni funzionali che per persone normodotate. Certi prodotti rendono più semplici e più efficienti le attività per ciascuno di noi. Ad esempio gli spazzolini da denti elettrici, gli apriscatole elettrici, i corni calzascarpe con un'impugnatura lunga, gli utensili ed i supporti per pelare la frutta, i sostegni per braccia o piedi (appoggi che consentono il posizionamento di polsi, braccia o gambe mentre si utilizza una

tastiera o per altre attività). Questi prodotti sono di solito disponibili nei normali negozi.

### **Prodotti specializzati acquistabili in negozi dedicati**

---

Altre tecnologie d'ausilio (quali la maggior parte di quelle descritte nei paragrafi seguenti) vengono progettate in modo specifico per le necessità delle persone disabili o anziane. Questi prodotti di solito tendono ad essere disponibili attraverso un mercato specializzato e possono essere forniti da rivenditori privato o da servizi pubblici.

### **La “tecnologia d'ausilio” può risiedere nella progettazione**

---

Alcuni ausili non sono tali per il fatto di essere prodotti specializzati, ma piuttosto per il modo in cui sono realizzati. Ad esempio, un rubinetto azionato dalla rotazione di una manopola è più difficile da usare – da parte di chi ha le mani deboli – rispetto ad uno a leva; un miscelatore dotato di una leva singola che regola contemporaneamente il flusso dell'acqua e la temperatura, può risultare ancora più facile da manovrare. A volte prodotti di questo tipo sono stati concepiti inizialmente come oggetti di lusso, e magari essere ancora considerati tali, ma di fatto possono rendere più facile la vita di tutti i giorni e facilitare la vita indipendente.

I termini "accessibilità" o “design ad utenza ampliata” (nella letteratura straniera normalmente indicati come *design for all* oppure *universal design*) vengono utilizzati per descrivere un tipo di progettazione il cui fine è realizzare prodotti e servizi in modo che questi soddisfino i bisogni e le condizioni dell'insieme più ampio possibile di utenti, incluse le persone disabili ed anziane. Maggiori informazioni su questo concetto possono essere trovate nel sito <http://www.stakes.fi/include/>

### **Ampia varietà di prezzi**

---

Sebbene generalmente si pensi che gli ausili siano per lo più “prodotti costosi ad alta tecnologia“, la gran parte di essi è costituita invece da prodotti a basso contenuto tecnologico che costano meno di 100 Euro. Dispositivi come un segnalatore luminoso per il campanello della porta di casa, un telefono con tasti di memoria o una riga ingrandente non costano più di un libro. Ovviamente esistono dei prodotti più costosi, ad esempio carrozzine elettroniche che costano come un'utilitaria o sistemi di amplificazione del suono a loop induttivo il cui costo è sull'ordine dei 2.500 Euro.

### **Ausili di tipo ‘medico’**

---

Anche se, come detto precedentemente, i presidi medici sono generalmente al di fuori dell'ambito di questo corso, tuttavia alcuni

prodotti comunemente considerati - in senso lato - ausili hanno una valenza medica.

Molti di questi prodotti sono diventati di uso sempre più comune nell'assistenza domiciliare dato che le persone preferiscono stare nel proprio ambiente familiare il più a lungo possibile, e che le politiche sociali europee tendono a ridurre la durata dei ricoveri ospedalieri.

Queste tecnologie spaziano dal normale termometro clinico presente in tutte le case, ad articoli quali agende per le medicazioni, misuratori di glucosio (disponibili anche nella versione per persone ipovedenti affette da diabete) misuratori di pressione, letti regolabili in altezza e apparecchi per aerosolterapia.

## 2.2 Ausili per le più svariate esigenze

---

Un modo per iniziare ad apprezzare la gamma di tecnologie che sono coinvolte è di considerare i tipi di assistenza e di aiuto che potrebbero essere necessari per alcuni dei problemi più comunemente sperimentati dalle persone disabili o anziane.

### Attività di ricerca - Tecnologie d'ausilio

Annota 10 esempi di tecnologie d'ausilio. Elenca poi 10 tecnologie d'ausilio che sono presenti nella stanza in cui ti trovi. Osserva le risposte e descrivi le differenze.

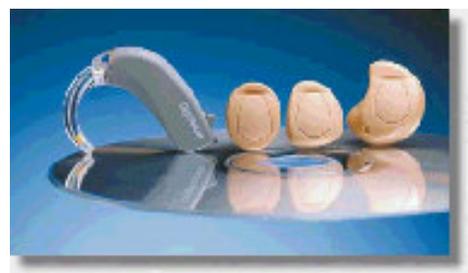
### **Limitazioni funzionali di tipo motorio**

Le tipologie di ausili attinenti l'area delle limitazioni motorie coprono un ampio spettro. Tipici esempi sono i deambulatori, le carrozzine, gli ausili per raggiungere oggetti o per sollevarli, gli ausili per la manipolazione di oggetti, gli ausili per il sollevamento.



### **Limitazioni dell'udito**

Per i problemi di udito esistono due principali categorie: gli apparecchi acustici – ausili che amplificano il residuo uditivo – e la grande varietà di dispositivi che sostituiscono con segnali visivi o con vibrazioni i segnali uditivi. Ad esempio, i telefoni a trasmissione di testo, gli allarmi luminosi o a vibrazione, le videocassette sottotitolate e molti altri dispositivi e adattamenti.



### **Limitazioni visive**

Anche per i problemi della vista esistono due principali categorie - i dispositivi che amplificano la visione residua (ad esempio le lenti di ingrandimento) e i congegni che sostituiscono segnali tattili o uditivi al segnale visivo, quali ad esempio le sintesi vocali o la scrittura Braille.



### **Limitazioni della comunicazione**

Infine, per problemi comunicativi, esistono attrezzature per facilitare sia la produzione di linguaggio verbale (ad esempio i sintetizzatori vocali) che gli aspetti cognitivi della produzione e comprensione del linguaggio (ad esempio i linguaggi simbolici utilizzati con il computer).

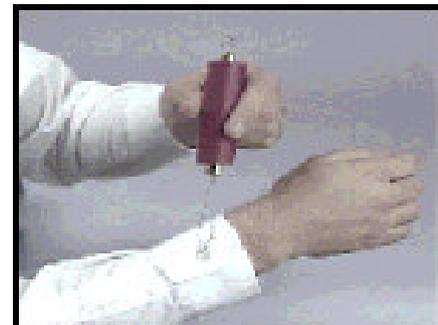


## **2.3 Tipi di applicazione**

---

Le tecnologie d'ausilio possono anche essere classificate a seconda della forma che assumono e del modo in cui sono utilizzate. Una distinzione utile al nostro scopo è quella tra:

- Ausili personali
- Oggetti di uso comune adattati
- Adattamenti dell'ambiente
- servizi telematici



### **Ausili personali**

Sono quelli che vengono utilizzati direttamente dalle persone anziane e disabili o dai loro assistenti. Comprendono una vasta gamma di oggetti, come gli apparecchi acustici, gli ausili per la deambulazione, gli ausili per la lettura, le carrozzine, i sollevatori, le lenti di ingrandimento e gli ausili per abbottonarsi.



### **Oggetti di uso comune adattati**

Esistono anche molti oggetti di uso comune che, con qualche adattamento, possono divenire molto utili. Ad esempio, rubinetti adattati, certi utensili per cucinare, sedie, bagni, water, letti e dosatori di medicine.



### **Adattamenti dell'ambiente**

Anche gli adattamenti strutturali dell'ambiente domestico possono essere di grande beneficio. Per esempio, ascensori, stanze da bagno accessibili, l'enorme varietà di adattamenti intelligenti della casa oggi disponibili sul mercato, quali i telecomandi per le tende, le porte e le finestre.

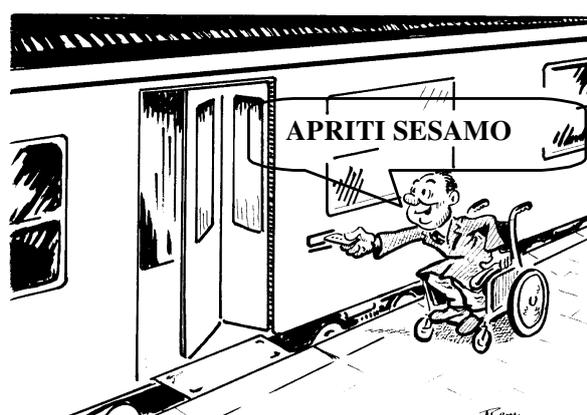


### **Servizi telematici**

Le telecomunicazioni giocano un ruolo sempre più importante in tutti gli aspetti della vita quotidiana ed hanno permesso di aggiungere un'ampia gamma di servizi telematici al repertorio di ausili per persone disabili ed anziane. Sono servizi basati sulle telecomunicazioni che permettono di fare certe cose a distanza.

L'acquisto tramite telefono, ed esempio, può essere molto utile per persone che hanno difficoltà ad uscire di casa. I videotelefon

possono mettere in grado le persone sorde di comunicare tramite il linguaggio dei segni o la lettura labiale. Anche certi servizi socio-sanitari oggi giorno possono essere forniti a distanza. Un esempio che ormai dovrebbe essere familiare sono i sistemi di teleallarme, utilizzati in molti Paesi da persone anziane esposte a rischi di salute. Altri esempi sono la telemedicina, o la fornitura di vari servizi sociali tramite videotelefon



essendo forniti a distanza. Un esempio che ormai dovrebbe essere familiare sono i sistemi di teleallarme, utilizzati in molti Paesi da persone anziane esposte a rischi di salute. Altri esempi sono la telemedicina, o la fornitura di vari servizi sociali tramite videotelefon

## 2.4 Contesto d'uso

---

Il campo di interesse primario di questo corso il nostro riguarda l'utilizzo delle tecnologie di ausilio nella vita quotidiana, sia nella propria casa che nel più ampio ambiente di vita. Esiste un'ampia varietà di applicazioni della tecnologia orientata al lavoro, all'istruzione, ai trasporti, che rivestono grande importanza nel rendere possibile una piena partecipazione in tutti gli aspetti della vita sociale ed economica della società odierna.

### **Classificare le tecnologie di ausilio**

Per definire l'estensione delle tecnologie di ausilio, individuare dei metodi per classificare la grande varietà di prodotti e servizi.

Ad esempio, classificazioni del tipo:

- A basso o alto contenuto tecnologico
- A basso o alto costo
- Già pronti presso il rivenditore, o necessitanti personalizzazione
- Per uso individuale o per adattamenti ambientali
- In base ad altri aspetti discussi in precedenza.

## 3 COME PROCURARSI GLI AUSILI

Questo paragrafo dà una panoramica dei cosiddetti “sistemi pubblici di assistenza protesica”, ossia dell’organizzazione con la quale, nei vari Paesi europei, il sistema socio sanitario pubblico fornisce aiuto ai cittadini ad acquisire le tecnologie di ausilio di cui hanno bisogno. Vedremo che esiste una grande varietà di approcci e livelli di servizio nelle diverse nazioni.

### 3.1 Diversi sistemi in diversi paesi

---

Un esame approfondito a livello europeo sui servizi di consulenza sulle tecnologie di ausilio è stata condotta nel 1993 all’interno del progetto di ricerca HEART, finanziato dall’Unione Europea (De Witte et al, 1994). Questo studio ha rilevato l’esistenza di una grande varietà di approcci nelle diverse nazioni. Ciascuna nazione ha il suo sistema pressoché unico. Per motivi di semplicità, i vari sistemi possono essere riuniti in quattro grandi gruppi che condividono alcune caratteristiche comuni. Essi sono i Paesi Scandinavi, l’Europa Continentale, l’Area Mediterranea e i Paesi Angloassonni.

Per ciascun gruppo forniremo un breve riassunto della situazione incentrato sui seguenti aspetti:

- Accredimento degli aventi diritto, e modalità di finanziamento
- Operatori professionali incaricati di valutare il bisogno dell’utente
- Modalità di prescrizione e fornitura degli ausili.

Ci baseremo sul lavoro del progetto HEART, che riflette la situazione rilevata nel 1993. Ci soffermeremo a titolo esemplificativo su alcuni dettagli relativi a certi Paesi, il che non vuol dire che le stesse considerazioni non valgano anche per altri. Da allora in molti Paesi si siano verificati profondi cambiamenti, tuttavia la descrizione sottostante può essere considerata ancora valida nell’illustrare i tratti essenziali del funzionamento di tali sistemi, dei loro punti di forza e dei loro punti di debolezza.

## **Paesi scandinavi**

---

Nei sistemi "sociali" dei paesi scandinavi, i servizi e la politica di fornitura di tecnologie d'ausilio sono chiaramente stabilite e supportate dal sistema legislativo. I servizi vengono forniti indipendentemente dallo stato economico dell'utente, sono completamente gratuiti e la fornitura è basata solo sulla necessità. Tuttavia, anche i servizi universali come questo possono essere sensibili al clima economico ed una recessione economica può portare a restrizioni nella reale fornitura di ausili tecnici.

### **Danimarca**

Tutti i cittadini, indipendentemente dalla loro situazione finanziaria, sono idonei ad ottenere le tecnologie d'ausilio che richiedono. I costi vengono coperti dalle tasse. I comuni e le contee hanno la responsabilità finanziaria primaria per gli ausili per le persone che vivono a casa. Per le persone oltre i 65 anni di età, i costi vengono pagati dai comuni; per le persone al di sotto dei 65 anni i comuni e le contee si dividono i costi.

Le persone che richiedono un ausilio tecnico si rivolgono all'assistente sociale del loro comune o al TAC (Technical Aid Centre, Centro Ausili Tecnici) della contea per una consulenza e una valutazione. La valutazione ogni tanto richiede il contributo di perizie specialistiche, ad esempio da parte di organizzazioni che rappresentano i non vedenti o i non udenti. Le decisioni vengono prese localmente nelle amministrazioni comunali, in genere dall'assistente sociale. Gli ausili vengono forniti gratuitamente da magazzini locali oppure ordinati al fornitore.

### **Finlandia**

Gli ausili tecnici che vengono in ambito socio-sanitario sono gratuiti. La fornitura degli ausili è principalmente compito delle strutture sanitarie del Comune, con onere a carico del Comune stesso o di contributi statali. In passato i limiti di bilancio hanno comportato a volte delle restrizioni nella fornitura di ausili, penalizzando le persone con disabilità più grave.

I servizi sono facilmente accessibili ma non sempre conosciuti. Di solito, la persona che richiede un ausilio riceve le prime informazioni dal personale di assistenza domiciliare. Viene poi condotta una valutazione da parte di un assistente sociale, di un fisioterapista o di un altro operatore specializzato, che comprende anche una valutazione dell'ambiente di vita. Le decisioni vengono prese ad un livello più alto da parte di un medico o un impiegato amministrativo. Spetta poi ai centri ausili fornire l'ausilio, prelevandolo dalla propria dotazione oppure ordinandolo da un rivenditore.

## **Nazioni dell'Europa continentale**

---

Nei sistemi "pluralisti" dell'Europa continentale esiste spesso il problema della complessità del sistema e della distribuzione di

responsabilità tra le varie agenzie assicurative. Teoricamente tutti dovrebbero ricevere le tecnologie d'ausilio che necessitano, ma qualche volta è difficile riuscire a capire da chi. Un'altra fonte di disorientamento è a volte la grande scelta e varietà di ausili disponibili nel mercato. Gli operatori socio sanitari possono trovare difficoltà a farsi un'idea chiara di quali siano gli ausili veramente appropriati, con la conseguenza di servire l'utente in maniera non del tutto adeguata.

### **Paesi Bassi**

Le tecnologie d'ausilio non sono fornite a tutti o non sempre gratuitamente. Il sistema è complesso e specifiche norme riguardano le diverse situazioni specifiche. Le persone al di sotto dei 65 anni normalmente dispongono di un'assicurazione sociale, fornita dalla stessa Cassa Mutua che garantisce la copertura sanitaria, e le provvidenze legate alla disabilità rientrano di norma nell'assicurazione sociale. Le persone oltre i 65 anni di età sono spesso non coperte da un'assicurazione sociale, il che significa che molti dei loro bisogni possono essere coperti solamente dalle norme generali di assistenza economica se rientrano entro un certo livello di reddito.

Generalmente, chi ha meno di 65 anni si deve rivolgere alla propria assicurazione. Questa decide sulla richiesta di ausili seguendo i consigli della propria équipe medica. Parte del costo dell'ausilio (nel 1993 la franchigia era di 65 Euro) viene pagato dal richiedente, e gran parte degli ausili a bassa tecnologia di fatto costano meno. Gli ausili vengono classificati come *fissi* o *non fissi* e solo i secondi ricadono nella procedura di cui sopra. Per gli ausili fissi (ossia che devono essere installati ad es. su un muro) la richiesta viene fatta agli enti locali per la valutazione ed il finanziamento. Ancora una volta, parte del costo è pagato dal richiedente (220 Euro nel 1993) e le spese oltre un certo livello (7000 Euro nel 1993) sono rimborsate a rate.

Le persone anziane che richiedono un ausilio tecnico sono tutelate dall'assicurazione se la menomazione è avvenuta prima dei 65 anni di età. Se la menomazione è stata acquisita dopo i 65 anni la persona non è tutelata e deve pagare di tasca propria, a meno che non abbia diritto all'assistenza finanziaria pubblica a causa del reddito basso o se l'ausilio viene richiesto per motivi medici. Ad esempio, un uomo socialmente attivo di 68 anni con una pensione media che sia recentemente diventato anche sordo, deve pagare di tasca propria un telefono a trasmissione di testo.

### **Germania**

Le tecnologie d'ausilio sono finanziate da diversi schemi assicurativi previsti dalla legge, quali l'assicurazione sanitaria o la previdenza pensionistica. La causa della disabilità è molto importante per determinare quale agenzia è finanziariamente responsabile, e talvolta ci sono contrasti nell'accordarsi sulle responsabilità. Le controversie tra le agenzie assicurative sono abbastanza frequenti, nei casi

complessi la persona può essere mandata di porta in porta perché nessuno accetta di assumersene la responsabilità. Fondi per l'assistenza domiciliare delle persone anziane hanno finora coinvolto sia il sistema pensionistico che il sistema sanitario, ma è stata introdotta una nuova assicurazione per la cura e l'assistenza. Le persone che non rientrano negli schemi di assicurazione statutaria, che sono tipicamente associati all'impiego, sono notevolmente svantaggiate e devono fare assegnamento sull'assistenza sociale. Di solito è la stessa persona che necessita un ausilio o la sua famiglia a mettere in moto il processo richiedendo una prescrizione da parte di un medico, ad esempio la prescrizione di una periferica per computer per una persona cieca. Quando si chiedono dei fondi da parte dell'ente assicurativo responsabile è necessario un rapporto medico che comprovi la causa dell'invalidità, e la prescrizione vera e propria corredata da un preventivo dell'ausilio. Il servizio medico dell'assicurazione si riserva poi di accertare la reale necessità dell'ausilio (per esempio i telefoni a trasmissione di testo spesso non sono riconosciuti come necessari).

E' utile per la persona e la sua famiglia informarsi della gamma di ausili disponibili prima di consultare il medico, dato che questo può avere una conoscenza limitata di ciò che è possibile reperire. La scelta di ausili è limitata da un Catalogo degli Ausili, che raggruppa una lista esaustiva di produttori e di prodotti. I sistemi previdenziali pagano solo gli ausili elencati nella lista. Non esiste una rete sistematica di centri specializzati negli ausili tecnici, anche se molti Centri di riabilitazione ne sono dotati e molte esposizioni di tecnologie di ausilio vengono svolte regolarmente.

## **Paesi mediterranei**

---

Generalmente, anche se esistono notevoli differenze tra le diverse nazioni nel livello dei servizi forniti, nei paesi mediterranei i sistemi pubblici di fornitura degli ausili tendono ad essere meno sviluppati che nelle altre nazioni europee.

### **Spagna**

La fornitura di supporti tecnici è in linea di principio universale, ma in pratica limitata dalla carenza di finanziamenti. Il criterio base per l'ottenimento dell'ausilio è il possesso di un Certificato di Invalidità o di un certificato analogo per le persone anziane.

La distinzione successiva è se la persona richiedente sia qualificata per l'assistenza da parte del Sistema Sanitario Nazionale, nel qual caso una serie di ausili vengono forniti di diritto. Per coloro che non hanno diritto all'assistenza sanitaria gratuita, la fornitura da parte del servizio sociale è discrezionale e soggetta alla disponibilità finanziaria. Per le persone cieche esiste una potente organizzazione sostenuta da contributi volontari, che fornisce fondi agli assistiti anche per gli ausili tecnici.

La persona che necessita di un ausilio o la sua famiglia devono per prima cosa scoprire dove poter ottenere aiuto. Tranne il caso in cui sia dimessa da un ricovero ospedaliero, una persona verosimilmente deve passare un certo periodo dedicato alla difficile di ricerca di aiuto. I servizi sociali, quando consultati, hanno spesso scarsa conoscenza sugli ausili tecnici.

Questi servizi possono avere degli elenchi di prodotti e di distributori, ma è verosimile che non riescano a svolgere una seria valutazione dei bisogni. Le persone o i loro familiari che si rivolgono ad un rivenditore si troveranno nelle mani del commesso. Dietro presentazione della fattura parte del costo può essere rimborsato, ma in modo condizionato da un'indagine finanziaria. Anche alla dimissione dall'ospedale può sussistere una scarsa conoscenza ed esperienza di ausili e normalmente la famiglia deve aiutare finché il periodo di riabilitazione è finito.

### **Italia**

Tutte le persone riconosciute invalide hanno diritto a ricevere gli ausili inseriti nel *Nomenclatore Tariffario delle Protesi e degli Ausili* tramite il Servizio Sanitario Nazionale. Alcuni ausili, inoltre, possono essere forniti dai servizi socio assistenziali tramite i comuni, a seconda delle necessità della persona disabile e delle condizioni economiche. Le disabilità – a parte quelle dovute ad infortuni sul lavoro per le quali sono in vigore le procedure INAIL (Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro) – vengono accertate da una commissione medica dell'Unità Sanitaria Locale e ciò può richiedere da alcuni mesi ad anni. L'idoneità per avere ausili necessita almeno del 34 % di disabilità permanente. Come in molte altre nazioni, la persona che necessita di tecnologie di ausilio deve naturalmente giungere all'attenzione dei servizi pertinenti e non ci sono procedure sistematiche che assicurino che questo avvenga sempre.

## **Regno Unito ed Irlanda**

---

### **Regno Unito**

Non esiste una politica uniforme per la fornitura di ausili. Il dipartimento dei servizi sociali dell'Autorità Sanitaria Locale (o del Comune) ha la responsabilità primaria per l'assistenza domiciliare e per gli ausili per la vita quotidiana, ma non essendo la fornitura di questi ultimi obbligatoria per legge i servizi sono più o meno sviluppati a seconda delle disponibilità finanziarie. Molte Autorità locali hanno adottato per molti anni il criterio della totale gratuità per l'assistito, fino a quando, recentemente, qualcuna tra esse ha iniziato a far pagare servizi precedentemente gratuiti. Nel momento in cui la fornitura era gratuita, ma i fondi necessari erano insufficienti, la persona veniva inserita in una lista d'attesa.

Le agenzie locali per l'edilizia popolare prevedono finanziamenti per opere di adattamento per l'accessibilità dell'abitazione, concessi in base ad una valutazione dell'onere e del reddito. Le tecnologie d'ausilio richieste per motivi medici vengono finanziate direttamente dal Servizio Sanitario Nazionale. Un servizio autonomo esiste per la fornitura gratuita delle carrozzine.

La persona che necessita di un ausilio deve contattare il dipartimento dei servizi sociali locale. La valutazione viene in genere svolta da una terapeuta occupazionale oppure, a volte, da un'agenzia privata competente su contratto. I fattori che vengono presi in considerazione sono il grado di necessità, il livello di invalidità, il grado di isolamento ed anche il livello di utilizzo. Le decisioni vengono prese dal dirigente del servizio. A seconda delle disponibilità finanziarie locali e in base ad una valutazione del grado di necessità, l'ausilio può essere fornito gratuitamente, rimborsato parzialmente, o inserito in una lista d'attesa. Se la persona viene valutata come caso non urgente, possono occorrere da tre a diciotto mesi per ottenere l'ausilio.

### **Irlanda**

Gli ausili vengono forniti gratuitamente solo ai richiedenti aventi diritto, sostanzialmente persone in possesso della tessera sanitaria di assistenza gratuita oppure della tessera assegnata ai malati a lungo termine. La responsabilità della fornitura spetta ai servizi di assistenza degli otto Distretti Sanitari regionali. Comunque in molti casi organizzazioni volontarie specializzate forniscono assistenza a persone sorde, non vedenti o con difficoltà di comunicazione e vengono poi rimborsate dal distretto sanitario o con i loro stessi fondi. La quota di costo a carico del richiedente dipende dalle sue condizioni finanziarie. Le spese sono coperte totalmente per i possessori delle tessere sanitarie sopra citate e per gli ausili inseriti in un nomenclatore nazionale. Gli ausili di costo maggiore possono richiedere un contributo da parte del richiedente. Coloro che non possiedono la tessera devono pagare parte o tutta la spesa.

La persona che necessita di un ausilio è indirizzata al distretto sanitario pubblico dal medico, dall'infermiera domiciliare, dall'assistente sociale o da altri operatori. Un terapeuta occupazionale del distretto sanitario valuterà la persona e il suo diritto ad un ausilio. Le richieste di ausili per la vita quotidiana e per la mobilità sono sottoposte direttamente ai servizi assistenziali locali. Il benessere è dato dal dirigente del servizio. In alcuni casi le richieste vengono invece indirizzate ad associazioni di volontariato che forniscono servizi e a volte contributi economici in questo settore.

### 3.2 Temi o questioni chiave

---

Si possono fare varie considerazioni sulle modalità di fornitura degli ausili nelle diverse nazioni europee. Innanzitutto, c'è una grande varietà nella gamma dei prodotti e dei servizi forniti come pure nella risposta ai bisogni della popolazione. In secondo luogo ci sono notevoli variazioni in termini di professionalità coinvolte e nella natura del loro coinvolgimento. In alcuni Paesi il ruolo primario spetta ai medici, fino al limite di richiedere una prescrizione medica quale prerequisito per ottenere l'ausilio a carico di fondi pubblici. In altri Paesi la responsabilità è distribuita tra vari operatori, come i terapisti occupazionali, gli assistenti sociali, gli infermieri e gli assistenti domiciliari. In terzo luogo, variano considerevolmente le procedure per il riconoscimento del bisogno, le modalità di integrazione tra servizi, e la sistematicità con cui è attuato il follow-up.

#### **Verifica**

Analizza più approfonditamente il sistema di fornitura degli ausili nella Tua Nazione

- Come funziona per le persone con disabilità fisiche, visive, dell'udito o comunicative?
- Quali sono i vantaggi e gli svantaggi del modo in cui attualmente funziona?
- Quali sono gli aspetti più problematici?
- Quali Organizzazioni esercitano un ruolo-chiave?

## 4 SPESSO IL BISOGNO NON TROVA RISCONTRO

### 4.1 Introduzione

---

Nonostante l'ampia gamma di tecnologie disponibili e l'esistenza in ogni Paese di servizi pubblici di fornitura degli ausili, è scoraggiante osservare che sono ancora davvero molte in Europa le persone anziane e le persone con disabilità che non possono sfruttarne appieno le potenzialità. Certamente il livello di sotto-utilizzazione varia grandemente da nazione a nazione, non esiste però un solo Paese europeo nel quale si possa affermare che coloro che hanno bisogno e possono trarre beneficio da un ausilio lo facciano davvero. In questo capitolo daremo uno sguardo alla dimensione dei bisogni che non trovano riscontro ed esamineremo i principali fattori che determinano questa insoddisfazione situazione.

#### **Margaret**

Margaret, una signora irlandese di mezza età che vive in una zona rurale ad ovest di Dublino, si è presa cura del padre anziano per molti anni. Per circa 5 mesi si è dovuta alzare ogni due ore durante la notte per girare suo padre da un lato all'altro nel letto, per prevenire l'insorgenza di piaghe da decubito. In seguito ha saputo dell'esistenza di materassi speciali per ridurre la probabilità di formazione di piaghe da decubito. Da quando gliene è stato fornito uno, Margaret ha finalmente potuto dormire per tutta la notte ed è stata maggiormente in grado di prestare assistenza durante il giorno.

#### **Martin**

Martin, un attivo cittadino 75 enne di Anversa, sta lottando contro la progressiva perdita dell'udito. Sempre più trova i contatti sociali faticosi. Gli amici ed i familiari gli fanno visita sempre più raramente, perché parla a voce molto alta, i suoi giovani nipoti sono ormai un po' spaventati da questo uomo "urlante", sua moglie si lamenta ogni giorno del volume alto della televisione. Dopo lungo tempo, Martin ha finalmente accettato l'evidenza di essere sordo e ha acconsentito all'installazione di una semplice cuffia di amplificazione della televisione. Ora in casa di Martin sono tutti più felici e distesi.

## 4.2 La dimensione dei bisogni insoddisfatti

---

Come si è detto, si registra una vasta sotto-utilizzazione degli ausili rispetto ai benefici che questi potrebbero offrire a un gran numero di persone. Il livello di utilizzo è mediamente più alto nei paesi nordici e più basso nei paesi mediterranei e nell'Irlanda; le altre nazioni sono in un certo modo nel mezzo. Non disponiamo di dati precisi e sistematici rispetto alle varie tipologie di disabilità e alle varie fasce di età, tuttavia questa valutazione è confermata da varie osservazioni. Ad esempio:

- In molti paesi la gran parte delle persone anziane con limitazioni funzionali usa pochi ausili o non ne usa alcuno, nemmeno semplici adattamenti o dispositivi di costo irrisorio
- Esistono ampie variazioni tra nazione e nazione rispetto alla diffusione e alla disponibilità sul mercato di certi dispositivi che nei paesi più avanzati vengono ormai annoverati tra gli oggetti di uso comune. Ad esempio, il numero di utilizzatori dei servizi di teleallarme nelle nazioni mediterranee irrisorio se paragonato ai paesi nordici
- Simili differenze esistono anche rispetto a certe tecnologie più specifiche ma che sono essenziali per la partecipazione alla vita sociale; ad esempio il telefono a trasmissione di testo, che è molto importante per le persone sorde, è utilizzato in Sud-Europa e in Irlanda da una piccola percentuale di persone rispetto a quanto avviene nelle nazioni nordiche.

## 4.3 Perché è così frequente che i bisogni siano insoddisfatti ?

---

### **Insufficiente qualità dei servizi connessi agli ausili**

---

Una causa può essere ricercata nell'inadeguatezza, in varie nazioni, dei servizi pubblici che si occupano della fornitura degli ausili. Ci riferiamo ai servizi a livello statale, regionale e comunale descritti nel precedente capitolo incaricati di individuare i bisogni e di fornire soluzioni. Il già menzionato studio HEART ha identificato in essi una serie di criticità.

### **Finanziamenti inadeguati**

Una riguarda la carenza di finanziamenti. Dato che le persone disabili hanno in generale un reddito più basso della media e molte persone anziane sono in certi paesi addirittura vicine alla soglia della povertà – per quanto la situazione si oggi certamente migliore che nel passato – la disponibilità di finanziamenti pubblici rappresenta un fattore determinante per la diffusione degli ausili. Sono molte le

nazioni in cui il supporto economico pubblico è limitato ed erogato a condizioni piuttosto restrittive.

### **Carenza di coordinamento**

Mancanza di coordinamento e incerta distribuzione delle responsabilità rappresentano un altro problema piuttosto frequente. In certi casi non è chiaro a quale professionalità o a quale Servizio (sanità, sociale, educazione, impiego) spetti istituzionalmente di provvedere nel caso specifico agli ausili: nell'incertezza delle responsabilità molte persone sfuggono dalla rete e non ottengono quanto è loro necessario.

### **Copertura limitata**

In molte nazioni un altro problema è rappresentato dalla limitata gamma di prodotti oppure dalla ristretta cerchia di utenti per i quali è ammesso il finanziamento. In gran parte dei casi, come già abbiamo detto, le persone anziane non sono esplicitamente incluse in tale cerchia. Domina la tendenza a garantire un buon supporto tecnologico a coloro che ne necessitano per scopi scolastici o lavorativi, e a porre in seconda priorità coloro che ne necessitano per la vita quotidiana. Esistono poi differenze nella gamma dei prodotti forniti con finanziamenti pubblici: in certe nazioni, ad esempio, vengono fornite carrozzine manuali ma non elettroniche, qualche ausilio per l'adattamento della casa, poco o nulla tra gli ausili informatici.

### **Molte porte cui bussare**

Pone problemi anche la dispersione della distribuzione commerciale. Se certe tecnologie sono facilmente reperibili in negozi comuni, per altre occorre andare alla ricerca dei pochi negozi specializzati che le forniscono. Non esiste una "porta unica" cui bussare per qualunque tipo di tecnologia. Tra l'altro, nella mentalità corrente esiste ancora una diffusa tendenza alla stigmatizzazione – che alle volte è reale ma alle volte è solo una percezione individuale dell'interessato – quando la persona deve andare a procurarsi l'ausilio in un negozio specializzato per "persone che hanno problemi". Questo può essere un fattore che concorre al limitato successo commerciale degli ausili nei confronti delle persone anziane.

### **Bisogni non correttamente identificati**

---

Ma al di là di queste lacune riguardanti il sistema di fornitura, esiste il problema che spesso non si inizia con una corretta identificazione dei bisogni.

### **Mancanza di consapevolezza**

Un primo fattore importante è la mancanza di conoscenza degli ausili da parte delle persone disabili e ancor più delle persone anziane, dei familiari, degli assistenti e del pubblico in generale. Anche a questo riguardo si riscontrano grandi differenze da paese a paese, con livelli

di coscienza apparentemente molto maggiori nelle nazioni nordiche rispetto ad altre.

### **Insufficiente attenzione da parte di operatori non specializzati**

In presenza di questa carenza di consapevolezza e di queste lacune nei sistemi pubblici di fornitura degli ausili, sarebbe molto utile se in tutti i rami della sanità e dei servizi sociali che si occupano di servizi alla persona fosse data alta considerazione ai bisogni connessi alla disabilità che possono beneficiare di soluzioni tecnologiche.

Purtroppo ciò normalmente non avviene: tra gli operatori assistenziali non è diffusa una cultura di questo tipo, né individualmente né come organizzazione.

Colmare questo vuoto è il principale obiettivo di questo corso: ciò che ci proponiamo è offrire agli operatori socio sanitari una serie di nozioni e di spunti che possano generare adeguate motivazioni e una base essenziale di conoscenze utili ad includere l'attenzione agli ausili quale parte integrante del loro operare.

#### **🚩 Attività di ricerca - come migliorare l'attenzione nei confronti degli ausili**

Come sai, questo corso si propone di far apprendere agli operatori sanitari e sociali l'importanza delle tecnologie d'ausilio. Hai dei suggerimenti su possibili modalità per aumentare l'attenzione che la categoria professionale cui appartieni dedica a questo argomento?

## **5 IL RESTO DEL CORSO – COME DIVENTARE UN BUON INTERMEDIATORE**

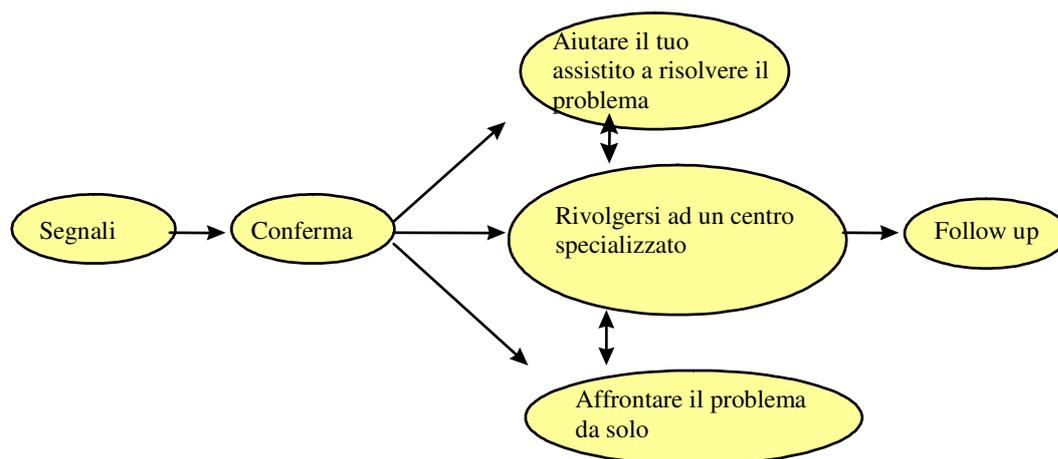
Questo paragrafo delinea la struttura ed il contenuto delle parti successive del corso. Fornisce inoltre una prima introduzione al concetto di *intermediatore* sulle tecnologie d'ausilio (ITA).

### **5.1 Intermediatore sulle tecnologie di ausilio**

---

Questa parte di corso consiste nell'insegnarti come diventare un cosiddetto "intermediatore sulle tecnologie d'ausilio" (per semplicità useremo d'ora in poi l'acronimo ITA). Un ITA non è un profilo professionale specifico: qualsiasi operatore sanitario o socio assistenziale, per quanto non specialista in tema di ausili, deve includere nel suo operare il ruolo di ITA, nel senso di facilitare nel suo assistito o nella sua assistita il riconoscimento di quei bisogni che possono essere risolti con una soluzione tecnologica. Essere un ITA significa sostanzialmente fare attenzione ai bisogni non soddisfatti dovuti alla disabilità o a problemi funzionali correlati all'età, sapere che possono esservi soluzioni ed intraprendere le azioni appropriate quando tali necessità sono individuate.

Il modello seguente fornisce un riassunto delle caratteristiche chiave del ruolo dell'ITA. Ritroverai questo modello in ognuno degli altri moduli del corso.



Essenzialmente, il ruolo dell'ITA” è abbastanza chiaro – devi stare attento alle difficoltà funzionali e ai bisogni non soddisfatti risolvibili con tecnologie di ausilio.

Per prima cosa devi essere capace di individuare i segnali che indicano che qualcuno ha un problema fisico, uditivo, visivo o comunicativo. In alcuni casi, per avvalorare o confermare ciò che hai intuito puoi pensare di ricorrere ad alcuni semplici test.

Una volta che il bisogno è stato identificato, esistono vari modi in cui puoi aiutare il tuo assistito. Esistono innanzitutto tre alternative essenziali:

- aiutare il tuo assistito ad occuparsi della situazione da solo
- rivolgerti a qualcuno con più competenze e risorse
- occuparti tu del problema

E, ovviamente, in tutti i casi è necessario assicurare un appropriato

- follow up.

Quale alternativa o combinazione di alternative scegliere dipenderà molto da numerosi fattori contestuali:

- il tipo di necessità e le condizioni dell'assistito
- la tua familiarità con la particolare limitazione funzionale in questione
- i limiti professionali e le competenze che riguardano la situazione
- le soluzioni disponibili e opportune in termini di ausili
- l'organizzazione dei servizi di fornitura ausili della tua zona.

Nei moduli successivi approfondiremo come differenti tipi di bisogni possano essere individuati nel contesto di vita delle persone che assisti, e cosa puoi fare in qualità di ITA nelle diverse situazioni.

## 5.2 Riassunto dei rimanenti moduli

---

Il resto di questo corso è organizzato in quattro moduli di apprendimento base e da un quinto che riguarda ancora, ma con maggior dettaglio, come agire in qualità di ITA. I quattro moduli di apprendimento base riguardano:

- Le funzionalità motorie
- La vista
- L'udito
- La comunicazione

Queste aree sono state scelte per numerose ragioni. In primo luogo sono aree in cui le limitazioni funzionali sono spesso causa di importanti problemi nella vita quotidiana. In secondo luogo, costituiscono problemi molto frequenti e raramente risolti nelle persone anziane. In terzo luogo sono aree per le quali sono disponibili molte soluzioni tecnologiche, spesso semplici e di basso costo.

Le persone anziane che hanno acquisito disabilità temporanee o permanenti in età avanzata sono il gruppo più numeroso che potrebbe trarre beneficio dal fatto che tutti gli operatori dei servizi sanitari e sociali vengano motivati ad operare come ITA. Sebbene l'enfasi di questo corso sia rivolta prioritariamente alle persone anziane, queste problematiche riguardano tuttavia anche le persone più giovani, dato che anche queste possono sfuggire alla rete dei servizi esistenti che si occupano di ausili.

Ciascuno dei moduli che si riferisce ad uno specifico problema è organizzato in due parti:

- La parte principale introduce il problema, il bisogno che ne è l'origine e le tecnologie che possono offrire soluzione
- Delle parti specificamente dedicate a ciascun contesto nel quale il problema può manifestarsi.

Tre sono i contesti affrontati per ogni area:

- a domicilio (visite domiciliari da parte di infermieri, assistenti domiciliari, assistenti sociali)
- dal medico (medico di famiglia, medico di medicina generale, altri medici di prima assistenza)
- in ospedale (dove sono coinvolti vari operatori quali medici, infermieri, operatori sociali)

### **A casa**

In situazioni di assistenza domiciliare sono molti gli operatori che vengono in contatto con l'assistito. Ad esempio, infermieri, assistenti

domiciliari, assistenti sociali. La situazione è simile anche per persone che vivono in casa di riposo o in residenze assistite. La visita domiciliare – se in casa – o il contatto dell'operatore con l'ospite – se in situazione residenziale – fornisce un'opportunità ideale per cogliere i segnali di eventuali necessità di utilizzo di ausili. Devi essere in grado di cogliere al volo da solo quanto il tuo assistito sia capace di cavarsela nelle contingenze della vita quotidiana, e quando esistano invece necessità non risolte alle quali la tecnologia può fornire un contributo.

### **Dal medico**

I normali consulti con il proprio medico a casa, presso il suo ambulatorio o in occasione di ricoveri in day-hospital offrono un'occasione ideale per cogliere l'esistenza di eventuali bisogni che richiedano l'impiego di ausili. Tutti gli assistiti hanno regolare contatto con medici, in particolare con il proprio medico di famiglia, e questo è in una situazione privilegiata per “mettere in moto” il processo di soluzione di tali bisogni. In alcune nazioni questo aspetto già fa formalmente parte delle loro responsabilità, in altre invece ciò non è esplicitamente dichiarato e rischia quindi di essere trascurato. E' importante che il medico di medicina generale interiorizzi un'ottica ampia del suo ruolo e dia a questi aspetti di funzionalità e qualità di vita la stessa attenzione che dedica agli aspetti più strettamente medici.

### **In ospedale**

Il ricovero in ospedali rappresenta un altro momento prezioso per rilevare gli eventuali bisogni non risolti e valutare se esistano ausili in grado di farlo. Da un lato, l'esigenza di un ausilio può nascere come diretta conseguenza di una specifica condizione clinica o di un trattamento effettuato. Dall'altro, la permanenza in ospedale offre l'occasione di valutare più a fondo la funzionalità generale della persona anziana o disabili, e di identificare eventuali necessità di ausili anche se non essere strettamente correlate con il motivo contingente del ricovero o del trattamento. In ambedue i casi, è importante che le necessità di ausili siano opportunamente evidenziate nel programmare le dimissioni e gli eventuali follow-up successivi.

## 6 RIFERIMENTI

Questo modulo è stato fatto per fornire un breve sguardo d'insieme alla disabilità, all'invecchiamento e alle tecnologie di ausilio. Se sei interessato puoi approfondire queste informazioni in biblioteche, presso le locali associazioni di persone disabili, laddove esistono presso centri specializzati nell'informazione sugli ausili.

Oppure, puoi navigare nel web, in questo Portale ma anche al di là di esso, utilizzando parole chiave con normali motori di ricerca. per ricercare ulteriori informazioni. Anche se puoi iniziare Altre fonti di informazioni citate nel testo sono:

- Cronin, N. & McGlone, F. (1993) Older People in the European Community. Family Policy Studies Centre: London
- De Witte, L., Johnson, I. & Parker, M. (1994) European Service Delivery Systems in Rehabilitation Technology. IRV: Hoensbroek, The Netherlands
- European Glossary on Technical Aids. European Commission: DGV, Helios-Handynet, 1996
- Eurostat Demographic Statistics 1997
- Eurostat Disabled Persons Statistical Data 1995.
- Ferrucci L. et al. (1998) Constant Hierarchic Patterns in Physical Functioning across Five Countries. *Gerontologist*, 38:3:286-294
- Guralnik J. et al. (1996) Disability as a Public Health Outcome in the Ageing Population. *Annual Review Public Health*, 17:25-46
- Sinclair, I. & Williams, J. (1990) Elderly people: coping and quality of life. In: I. Sinclair et. al. *The Kaleidoscope of Care: A Review of Research on Welfare Provision for Elderly People*. HMSO: London

## 7 ULTERIORI INFORMAZIONI

### **Qualche esempio di attività (dall' OMS ICF Attività/Partecipazione)**

#### ATTIVITA' COMUNICATIVE

##### Capire messaggi

- Capire messaggi nella lingua parlata e nel linguaggio dei segni

- Capire messaggi non verbali

- Capire il linguaggio scritto

##### Produrre messaggi

- Produrre messaggi parlati o nel linguaggio dei segni

##### Trasmettere messaggi

- Produrre messaggi non verbali diversi dal linguaggio dei segni

- Produrre testi scritti

##### Utilizzare dispositivi per la comunicazione

- Utilizzare ausili o tecniche di comunicazione

#### ATTIVITA' DI MOBILITA'

##### Mantenere e cambiare la posizione del corpo

- Mantenere una posizione

- Variare il carico del corpo

- Cambiare posizione

##### Spostarsi

- Camminare

- Spostarsi stando seduti

##### Manipolare e muovere oggetti

- Attività che coinvolgono movimenti fini della mano

- Attività che utilizzano il braccio e movimenti grossolani della mano

- Attività mirate a far muovere oggetti

##### Spostarsi senza usare mezzi di trasporto

- Spostarsi nell'ambiente circostante

- Spostarsi in un ambiente specifico

- Spostarsi in una condizione di traffico come pedone

##### Spostarsi utilizzando mezzi di trasporto

- Utilizzare mezzi di trasporto

- Spostarsi nel traffico come guidatore

## ATTIVITA' DI CURA PERSONALE

### Mantenersi puliti e curati

- Lavarsi

- Aver cura delle parti del corpo, denti, unghie e capelli

- Attività legate all'evacuazione

- Vestirsi

### Mangiare e bere

- Aver cura del proprio benessere

- Gestire gli oggetti e gli strumenti necessari all'attività quotidiana

## ATTIVITA' DI VITA DOMESTICA

### Gestire le proprie necessità

- Procurarsi ciò che serve per le necessità quotidiane (spesa ecc..)

- Proteggersi e difendersi

### Attività domestiche

- Preparare i pasti

- Lavare vestiti e scarpe

- Governare la casa

### Occuparsi dei familiari , di animali e piante

- Occuparsi di altri coinquilini o membri della famiglia

- Badare ad altre proprietà, piante e animali

## ATTIVITA' RELATIVE SCUOLA, LAVORO, VITA ECONOMICA

### Capacità correlate con il lavoro e la scuola

- Comportamenti a scuola e sul lavoro

- Capacità di ottenere e mantenere un lavoro

### Gestione economica

- Capacità di gestione economica