



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Polo Tecnologico
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2007/2008

Istituzione di un servizio di primo livello per ausili tecnologici all'interno dell'AUSL di Rimini

CANDIDATO: Giovanni Clementi

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract: *gli ausili tecnologici possono contribuire a migliorare la qualità di vita della persona: per questo è fondamentale istituire un centro di consulenza di primo livello dedicato alla tecnologia informatica all'interno dell'Unità Operativa Assistenza Riabilitativa e Protesica dell'A.U.S.L. di Rimini. Per perseguire questo progetto sarà individuato un gruppo di figure professionali con competenze nei vari ambiti della disabilità che dovranno essere formate attraverso la collaborazione con l'Ausilioteca di Bologna, centro di riferimento Regionale di 2° livello. Lo scopo principe è quello di individuare un processo metodologico per l'adozione dell'ausilio in cui l'utente sia al centro del progetto e vi partecipi attivamente insieme all'equipe multiprofessionale. Individuata la sede fisica del nascente centro di 1° livello nella struttura privata accreditata "Luce sul Mare", in cogestione con AUSL RIMINI verrà poi realizzata una stima approssimativa dei costi di tale progetto.*

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico**

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

1. Sintesi del progetto

“È un diritto fondamentale di tutti gli uomini quello di vivere dignitosamente, di poter avere opportunità di crescita personale e di partecipare alla vita sociale, culturale e politica della comunità in cui vivono. Le nuove tecnologie promuovono questi diritti poiché facilitano la partecipazione attiva delle persone disabili in tutti i contesti di vita e [...] riducono ai minimi termini la discriminazione e l'esclusione sociale” (Dirk, BRIDGE 2002, pg 19)

Se, da una parte, la domanda di ausili tecnologici per la promozione dell'autonomia delle persone disabili è in crescita costante, dall'altra, per coloro che già li utilizzano, si pongono continuamente nuove necessità. Si assiste a sempre nuovi sviluppi delle tecnologie, con soluzioni che fino a qualche anno fa sarebbero state inimmaginabili. Oggi vi sono le condizioni potenziali perché un numero sempre più alto di persone disabili possa beneficiare dei vantaggi offerti dagli ausili tecnologici. Per concretizzare queste potenzialità occorre investire in risorse umane, promuovere lo sviluppo di nuove competenze negli operatori professionali e individuare gli approcci migliori, che utilizzino le soluzioni tecniche e metodologiche più adeguate per rispondere a bisogni sempre diversi; in una parola occorre investire in servizi adeguati.

Lo scopo principe di questo progetto è, dunque, quello di creare un centro di consulenza per ausili tecnologici di primo livello all'interno dell'U.O. protesi ausili dell'AUSL di Rimini. Le figure professionali che si impegneranno in questo lavoro saranno individuate in parte all'interno del servizio stesso ed in parte saranno reperite come consulenti esterni. Con l'istituzione di tale servizio si cercherà di dare maggiore appropriatezza al processo di fornitura degli ausili tecnologici riducendo i costi di erogazione ed anche il fenomeno dell'abbandono dell'ausilio. Si rende necessario inoltre un supporto ed una consulenza da parte degli operatori del Centro regionale Ausili di Bologna, al fine di soddisfare le esigenze e le problematiche degli utenti, che attualmente devono recarsi in altri centri accompagnati dagli operatori di riferimento dell'az. USL di Rimini, con notevole disagio e aumento dei tempi per la realizzazione e adozione di tali tecnologie. Si precisa che tale progetto è rivolto ad un bacino ampio di utenza che si estende a tutte le fasce di età, dai minori, per l'inserimento educativo e scolastico, agli adulti/anziani, per incrementare l'empowerment nella vita quotidiana e lavorativa.

Tale progetto potrebbe essere pilota e di interesse per altre Az. Usl della regione Emilia Romagna.

In una prima fase si individua il gruppo di lavoro in queste figure professionali:

- ◆ fisioterapista per le competenze sulle abilità motorie e gli aspetti posturali;
- ◆ educatore professionale con competenze informatiche per disabilità di tipo sensoriale (visive e uditive);
- ◆ logopedista per le competenze sui disturbi dell'apprendimento;
- ◆ neuropsicologo per le competenze sulle abilità cognitive;
- ◆ tecnico informatico;
- ◆ medico fisiatra;
- ◆ assistente sociale;
- ◆ psicologo.

Questi operatori dovranno essere formati presso il Centro regionale ausili (CRA) di Bologna, con accessi mensili, attraverso la valutazione di utenti che necessitano di ausili tecnologici, con la stesura di un progetto personalizzato, in un'ottica di individuazione metodologica di un processo e definizione di un percorso che l'utente e gli operatori devono realizzare insieme. Sarà, inoltre, utile una collaborazione con l'istituto Cavazza di Bologna e con l'ASPHI per la formazione e l'informazione su ausili e software presenti sul mercato.

L'ubicazione del nuovo centro di primo livello è stata individuata nella struttura privata-accreditata “Luce sul Mare” in quanto dispone già di un Laboratorio per le Autonomie e di un Centro per la Terapia Occupazionale (C.T.O.). Per quanto riguarda le attrezzature necessarie si cercherà in parte la collaborazione di alcune ditte al fine di ottenere in comodato d'uso alcuni ausili e software informatici ed in parte si acquisteranno. In particolare si utilizzeranno tecnologie rivolte ai disabili fisici, motori e sensoriali; per tecnologie informatiche individuali, si intende nella maggior parte dei casi, l'utilizzo di ausili tecnologici in grado di sopperire a mancanze e menomazioni dovute all'handicap. Questi sono costituiti principalmente dagli ausili per l'accesso al computer, ovvero da una serie di apparecchi che

permettano a chi ha disabilità motorie anche gravissime di poter controllare il pc attraverso dispositivi alternativi rispetto a quelli tradizionali. Esempi di questo tipo di ausili sono le tastiere semplificate, i mouse vincolati, i sensori muscolari che, abbinati a software specifici, permettono il controllo dell'intero PC anche in presenza di un unico movimento volontario da parte dell'utente. Si ipotizza di aprire l'ambulatorio con cadenza quindicinale e di effettuare 3/4 visite in 6 ore, dalle 9.00 alle 15.00.

I costi che l'AUSL dovrà sostenere per realizzare questo progetto sono caratterizzati dall'acquisto iniziale di alcune attrezzature hardware e software pari a 8500 €, dalla retribuzione delle figure professionali facenti parte dell'equipe ma non dipendenti AUSL che ammonta a 9216 € annui; per quanto riguarda le spese per l'affitto dei locali esse non graveranno su questo progetto in quanto verranno utilizzati gli stessi spazi che l'AUSL utilizza già all'interno della struttura "Luce sul mare" per il CTO. In sostanza l'avvio del progetto costerà 17716 € il suo mantenimento annuo richiederà circa 10000 €

2. Premesse teoriche

In questi ultimi anni si è assistito ad un notevole cambiamento culturale nei confronti della disabilità, cambiamento che si evidenzia anche nelle leggi promulgate sia a livello nazionale che regionale, (Legge n° 104 del 92,¹ Legge Regionale E.R. n. 29 del 97,² legge 68 del 99, legge n. 13/89) dove sempre di più si mette in evidenza il problema dell'autonomia e del reinserimento sociale delle persone disabili. Questo ha favorito il passaggio da una situazione in cui gli interventi riabilitativi erano scollegati gli uni dagli altri, ad un'ottica globale di intervento dove ogni attore del **processo** (operatori sanitari, sociali, scolastici, ecc.) non si muove più in modo autonomo, bensì all'interno di un progetto – percorso integrato che pone al centro il pieno inserimento del disabile nella società e il miglioramento della sua qualità di vita.

Quindi si pone sempre più l'attenzione sul versante dell'autonomia piuttosto che dell'assistenza, considerando maggiormente la "possibilità di fare" del soggetto piuttosto che la sua "incapacità di fare". Particolare enfasi su questo punto è stata posta dall'OMS a partire dal 2002 con l'istituzione di un nuovo strumento che misura e descrive la salute e gli stati di salute ad essa correlati che prende il nome di ICF. Questo strumento definisce la disabilità come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, ed i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo; se ne deduce che gli ausili entrano nel sistema di relazioni modificando la situazione disabilitante e diventano, così, strumenti per consentire una migliore partecipazione della persona con disabilità alle attività sociali, educative e lavorative.

L'immagine sociale degli ausili si è profondamente modificata negli ultimi tempi, da un lato grazie all'evoluzione culturale nel campo della riabilitazione che ha dato significati nuovi a concetti quali integrazione sociale e autodeterminazione e dall'altro, un impressionante sviluppo tecnologico ha immesso sul mercato una grande varietà di dispositivi, impensabili solo pochi anni fa, che consentono alle persone con disabilità di scegliere il proprio stile di vita e di non rinunciare a perseguire i propri obiettivi.

Entrambi i fattori stanno spostando l'immagine degli ausili:

- da apparecchiature sanitarie a strumenti per la vita quotidiana;
- da dispositivi medici a prodotti reperibili anche in commercio;
- da oggetti scelti dagli operatori a decisioni effettuate insieme all'utente;
- dalla determinazione dello status di paziente allo status di utente.

Gli ausili devono essere considerati a tutti gli effetti strumenti per l'autonomia, e dunque strumenti per la relazione. Un ausilio che sia proposto in modo adeguato, scelto con competenza e utilizzato nelle sue piene potenzialità, facilita il recupero di un nuovo equilibrio relazionale e consente a chi lo utilizza di esprimersi più compiutamente come persona.

¹ Legge quadro 104/92, per l'assistenza e l'integrazione delle persone handicappate

² Legge R.E.R. n.29/97, per favorire la permanenza al proprio domicilio.

I benefici ottenibili grazie all'adozione di ausili possono essere definiti in vari modi; spesso però si ricorre a tre termini particolarmente significativi: *qualità di vita*, *autonomia*, ed *empowerment*. Il termine empowerment, evoca un processo attraverso il quale una persona acquisisce potere, non in termini formali ma nel senso della libertà di compiere le proprie scelte e perseguire obiettivi autodeterminati. La capacità di scegliere consapevolmente un ausilio è un importante fattore di empowerment per le persone con disabilità.

Per capire quale tipo di conoscenza sia funzionale all'empowerment, possiamo pensare alla scelta di un ausilio come all'ultimo passo di un processo composto di quattro fasi: l'identificazione di un bisogno, la formulazione di un obiettivo, la definizione di un progetto, e una serie di azioni atte a realizzare quel progetto.

Questo processo si sviluppa attraverso l'incontro costruttivo tra le esigenze dell'utente e le competenze del team riabilitativo che accompagna l'utente stesso lungo tutte le fasi, dalla valutazione clinica, alla individuazione dell'ausilio più appropriato, alla sua implementazione e verifica sul campo.

Per l'ottenimento di un adeguato percorso individualizzato è dunque necessario valutare non solo le tipologie di ausili, ma anche tutte le opportunità che in ogni specifico caso concorrono all'obiettivo, come, ad esempio, gli interventi di adeguamento dell'abitazione contemplati nella legge n.13 del 1989³ o i contributi previsti dalla legge E.R. n. 29/97, articoli 9, 10.

Alla luce di quanto sin qui asserito, si evince, dunque, che la scelta degli ausili e l'addestramento al loro utilizzo sono momenti tipicamente riabilitativi; ciò è indicato dal profilo professionale del fisioterapista (D.M. 741/94) e rimarcato all'interno del D.M. n. 332 del 27 agosto 1999, il quale sancisce che la prescrizione degli ausili è **parte integrante di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione**. Inoltre, la Legge 251/2000 sancisce che i professionisti della riabilitazione svolgono *“con titolarità e autonomia professionale, nei confronti dei singoli individui e della collettività, attività dirette alla prevenzione, alla cura, alla riabilitazione e a procedure di valutazione funzionale, al fine di espletare le competenze proprie previste dai relativi profili professionali”*: questo denota che ci si sta dirigendo verso una maggiore responsabilizzazione e autonomia del fisioterapista rispetto agli obiettivi di sua competenza perciò non è più il medico l'unico costruttore del progetto riabilitativo.

Questo ha portato anche a una maggiore attenzione verso gli ausili e alla loro **integrazione nel progetto riabilitativo**, perché l'ausilio non può essere visto come una sostituzione di una funzione ma deve far parte di un progetto rispetto alla persona disabile e a quelli che sono gli obiettivi della sua vita, obiettivi che non possono essere decisi da altri, anche se esperti, ma devono essere definiti insieme alla persona (e/o alla sua famiglia). La varietà dei bisogni infatti non dipende solo dal tipo di danno e dalla conseguente disabilità, ma dipende anche dalla combinazione di tanti altri fattori, quali l'età, il sesso, il contesto familiare, l'ambiente di studio o di lavoro, ecc.

Quindi la scelta dell'ausilio diventa un fatto importante perché esso, a seconda del ruolo che svolgerà, potrà avere un peso marginale oppure di primo piano per l'autonomia e l'inserimento sociale.

3. Contesto

I Centri Regionali nell'Emilia-Romagna

La Regione Emilia-Romagna ha promosso la creazione di una rete regionale di Centri specializzati sui temi degli ausili per l'autonomia e del superamento delle barriere architettoniche. Nel 2000 sono stati aperti a Bologna il "Centro Regionale Ausili"⁴ (CRA) e a Reggio Emilia il "Centro regionale di informazione e consulenza per il superamento delle barriere architettoniche".

Il CRA è promosso dalla Regione e dall' Azienda USL di Bologna in collaborazione con l'Ausilioteca AIAS Bologna ONLUS ed è un *"centro di riferimento tecnico regionale per l'informazione, la consulenza, la valutazione e la ricerca sui presidi e ausili tecnici e tecnologici per i disabili"*.

³ "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati".

⁴ Centro regionale ausili (DGR 1999/2582 e DGR 2003/2583)

Il Centro Regionale Ausili è un luogo di raccolta di informazioni e competenze avanzate sugli ausili e sulle problematiche connesse al loro uso; è suddiviso in due aree, una specializzata sugli ausili tecnici, l'altra su quelli tecnologici ed è in costante aggiornamento, allo scopo di generare ricadute positive verso:

- gli operatori specializzati negli ambiti della riabilitazione, della scuola e del sociale;
- le persone disabili e le loro famiglie;
- i centri di informazione handicap;
- le istituzioni;
- le realtà della ricerca e del mercato degli ausili;
- le realtà dell'informazione e di promozione culturale.

Il Centro Regionale Ausili si rivolge prioritariamente agli operatori professionali chiamati a gestire progetti riabilitativi o di inserimento sociale, lavorativo e scolastico; fornisce prestazioni complesse anche alle persone disabili, in rapporto con i servizi di riferimento.

Il CRA si rapporta con le équipe territoriali e con altri servizi di riferimento nella Regione Emilia Romagna per lo sviluppo di una rete regionale di risorse sugli ausili per disabili.

La risposta al bisogno di autonomia e di benessere delle persone disabili trova negli ausili tecnici un potente strumento di attuazione. Perché abbia successo, la proposta di ausili deve però avvenire all'interno di un percorso-processo che coinvolga non solo il disabile e la sua famiglia ma anche, in primo luogo, i fisioterapisti, gli operatori del sociale, della scuola, e tutti coloro che hanno in carico il caso.

Per realizzare questa condizione è stata promossa la diffusione di un approfondito livello di conoscenza e di competenza sugli ausili esistenti e sulle problematiche connesse alla loro individuazione e al loro uso nel contesto di vita.

Altresì è stato sviluppato un modello di collaborazioni in rete fra le realtà che a diverso titolo operano a livello regionale nel settore degli ausili.

Da gennaio 2005 sono stati attivati altri nove Centri di ambito provinciale per l'adattamento dell'ambiente domestico (CAAD), specializzati nelle soluzioni tecniche e architettoniche per adeguare la casa ai bisogni delle persone anziane e disabili, con la formazione di un'équipe multidisciplinare (fisioterapista, educatore prof.le, tecnico progettista, ingegnere elettronico, assistente sociale).

Il centro CAAD (Centro per l'Adattamento dell'Ambiente Domestico), che conta la presenza di un fisioterapista esperto in ausili che offre servizio di consulenza per l'adattamento dell'abitazione di una persona disabile, nasce in seguito alla legge Regionale 29/'97 che prevede, oltre a due centri Regionali di II livello, un centro di I livello in ogni Provincia. La provincia di Rimini ha affidato lo sportello CAAD al Comune di Rimini in collaborazione con l'AUSL; inoltre dal 2008 il CAAD ha allargato le sue competenze in quanto la delibera della giunta regionale n°1206/2007, che approva il Fondo Regionale per la Non Autosufficienza, prevede un coinvolgimento importante del centro, come Servizio competente rispetto alla consulenza sulla progettazione degli adattamenti degli ambienti domestici per favorire la domiciliazione delle persone in stato di handicap grave.

La rete provinciale dei CAAD trova un valido appoggio nello svolgimento della sua attività sia nel CRA che nel Centro di Informazione Regionale sulle Barriere Architettoniche (C.R.I.B.A.), promosso dalla Regione Emilia-Romagna e realizzato dal Comune di Reggio Emilia, in collaborazione con la Provincia di Reggio Emilia, il quale fornisce informazione, valutazione e consulenza sulle problematiche connesse all'accessibilità e al superamento delle barriere architettoniche. Il Centro CRIBA sviluppa un preciso orientamento contenuto nella L.R.29 del 1997 "Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione sociale delle persone disabili", che ha come finalità primaria l'individuazione delle soluzioni più efficaci e idonee per accrescere i livelli di accessibilità e fruibilità del territorio. Fornisce informazioni sul tema della progettualità legata al territorio e all'ambiente domestico in funzione del miglioramento della "vita indipendente" e di un migliore comfort ambientale: l'informazione viene attinta da più banche dati e reti informative. Si ha quindi la possibilità di consultare in tempo reale testi di norme, immagini e progetti, casi studio che mettono il personale tecnico o il progettista in condizione di acquisire input progettuali e predisporre soluzioni efficaci. Il CRIBA fornisce un servizio di consulenza prevalentemente rivolto ai tecnici e ai progettisti pubblici e privati, sui problemi legati alle barriere architettoniche e all'accessibilità.

Il contesto locale dell'AUSL di Rimini

Il peso della disabilità è un imprescindibile indicatore per una valutazione appropriata dello stato di salute di una popolazione e più specificamente del carico di morbilità conseguente alla distribuzione delle patologie prevalenti in una popolazione, inoltre, la disabilità peggiora le condizioni socioeconomiche iniziali e pertanto costituisce un problema di primaria importanza non solo dal punto di vista sanitario ma anche sociale, un problema non solo del singolo, ma dell'intera collettività.

L'Azienda Usl di Rimini è competente sul territorio della provincia di Rimini: è articolata in due Distretti sanitari con due Dipartimenti delle Cure Primarie, il Dipartimento di Salute Mentale e il Dipartimento di Sanità Pubblica.

I due Presidi ospedalieri comprendono quattro stabilimenti di ricovero (Rimini, Santarcangelo, Riccione e Cattolica), organizzati in dieci Dipartimenti.

In questi ultimi anni, la sanità riminese si è profondamente rinnovata per soddisfare i nuovi bisogni sanitari della popolazione, con servizi orientati all'innovazione e all'appropriatezza.

Scelte organizzative, programmi percorsi assistenziali e offerta di servizi si fondano sull'uso ottimale delle risorse umane, tecniche ed economico-finanziarie.

La valorizzazione dei professionisti, la cooperazione e l'integrazione funzionale interna, le alleanze con il privato – parte integrante del sistema dei servizi – sono il fulcro dell'offerta assistenziale.

L'Azienda Usl di Rimini partecipa al Progetto di Area Vasta Romagna, il programma che intende consolidare e sistematizzare le relazioni di collaborazione – programmatica, organizzativa, gestionale – tra le aziende sanitarie di Ravenna, Forlì, Cesena e Rimini nell'obiettivo di assicurare il mantenimento e lo sviluppo di servizi accessibili e di qualità ottimizzando l'uso delle risorse disponibili.

L'Azienda Usl di Rimini si è data come **mission** quella di contribuire alla promozione, al mantenimento e allo sviluppo dello stato di salute della popolazione di riferimento e all'insieme dei cittadini presenti nel territorio di competenza in condizioni di bisogno assistenziale, assicurando la disponibilità e l'accesso all'intera gamma di tipologie di assistenza, di servizi e di prestazioni comprese nei livelli essenziali di assistenza definiti dai diversi stadi di programmazione – nazionale, regionale e locale – avvalendosi delle attività prodotte dall'insieme dei soggetti accreditati, secondo le caratteristiche qualitative e quantitative specificate dagli accordi e dai contratti di fornitura e informando la propria attività a criteri di efficacia, di efficienza e di economicità.

4. Bacino di utenza

L'Azienda di Rimini ha un'estensione territoriale di 533,7 Km² con 283.239 residenti ed una popolazione estiva di 2.063.000 persone. L'indice di anzianità è circa il 21% della popolazione totale.

I comuni del distretto di Rimini sono 6 (Rimini, Santarcangelo, Bellaria-Igea Marina, Verucchio, Poggio Berni, Torriana) e quelli del distretto di Riccione sono 14 (Riccione, Cattolica, Misano Adriatico, Coriano, S.Giovanni in Marignano, Morciano, S.Clemente, Saludecio, Montescudo, Montecolombo, Montefiore, Mondaino, Gemmano, Montegridolfo). I dipendenti dell'Azienda sono 3.170.

5. Situazione iniziale

L'**U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica** si colloca nell'ambito del Dipartimento di Cure Primarie dell'A.U.S.L. di Rimini, Distretto di Rimini e Distretto di Riccione. Essa realizza l'ambiente organizzativo più idoneo per la promozione della qualità dell'assistenza alla persona, in virtù del suo carattere interdisciplinare ed attraverso specifici percorsi diagnostico-terapeutici e standard di prodotto.

La **Mission** dell'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica è quella di tutelare la salute e l'assistenza socio-sanitaria delle persone con disabilità⁵ fisica o psicofisica, congenita o acquisita, conseguente ad eventi patologici e traumatici⁶ mediante interventi terapeutici riabilitativi e di prevenzione delle patologie disabilitanti.

Per **Vision** si intende la gestione dell'iter riabilitativo domiciliare, la progettazione e la fornitura di protesi e ausili, il percorso di reinserimento e di integrazione sociale delle persone con disabilità, il coordinamento dell'attività riabilitativa erogata dai Servizi Privati Accreditati di Riabilitazione, l'inserimento dell'utente in Strutture Residenziali e Semiresidenziali per disabili e anziani ed il suo monitoraggio durante i periodi di degenza.

L'équipe è costituita dal seguente nucleo di operatori:

- Medico Fisiatra, Dirigente di II livello dell'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica;
- Medici Fisiatri, Dirigenti di I livello dell'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica;
- 1 Fisioterapista, Responsabile del Modulo Organizzativo Assistenza Riabilitativa e Protesica, Coordinatore dei FT, esperto in tecnologie ed ausili;
- 9 Fisioterapisti di cui 3 a part-time (1 verticale e 2 orizzontali) competenti per il territorio, esperti in ausili, con una formazione specifica e un costante aggiornamento al riguardo;
- 10 Fisioterapisti addetti a trattamenti riabilitativi domiciliari;
- 11 Assistenti Sociali competenti per il territorio;
- 2 Educatori Professionali.

La sopraddetta équipe è affiancata, al bisogno, da altri operatori:

- Tecnici Ortopedici esterni all'Ausl;
- Tecnici Informatici esterni all'Ausl;
- Logopedista;
- Psicologo

A rimarcare l'autonomia del fisioterapista è stata fatta una Delibera Aziendale che pone come riferimento per gli ausili e le valutazioni a domicilio proprio i fisioterapisti dell'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica, i quali possono essere, quindi, attivati da:

- ◆ Servizi Sanitari;
- ◆ Ospedali;
- ◆ Strutture di Degenza Riabilitativa;
- ◆ Strutture Residenziali per anziani e disabili adulti
- ◆ Punto Unico delle Cure Domiciliari (Delibera Reg. E.R. n. 124);
- ◆ Servizi Sociali aziendali e comunali;
- ◆ ADI e NODO;
- ◆ MMG;

che hanno in carico l'utente e coi quali l'U.O. coopera per la realizzazione di interventi di assistenza domiciliare. Ritengo sia importante rimarcare che il fisioterapista così attivato non si limita soltanto alla proposta di ausili presenti nel NT ma valuta lo strumento più consono alle necessità della persona; nel caso in cui la scelta ricada su ausili fuori tariffario si procederà a cercare strategie atte o a ricondurre l'ausilio al NT, parzialmente o completamente, oppure, se questo non è possibile, si indirizzerà l'utente verso forme di sovvenzioni e agevolazioni fiscali previste dalla legislazione vigente sia a livello nazionale che regionale.

L'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica intende fornire il proprio contributo per valorizzare il ruolo dell'AUSL di Rimini come articolazione organizzativa del Servizio Sanitario Regionale per la

⁵ Per il significato di tale termine si fa riferimento alla Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute (ICF), che rappresenta una revisione della Classificazione Internazionale delle Menomazioni, della Disabilità e degli Handicap (ICIDH), pubblicata nel 1980 dall'Organizzazione Mondiale della Sanità. All'interno dell'ICF, la *disabilità* è definita come "la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo" <(OMS, 2002, pg 11-21)>.

⁶ Il target del Servizio è costituito prevalentemente da persone con disabilità neuromotorie, comunicative e cognitive appartenenti a tutte le fasce di età.

promozione, il mantenimento e lo sviluppo dello stato di salute della propria popolazione, uniformando la sua attività ai criteri di efficienza ed efficacia⁷.

Contribuisce al raggiungimento di questo obiettivo anche la presenza di un magazzino ausili aziendale che gestisce la catalogazione informatizzata degli ausili disponibili in magazzino, sulla base delle caratteristiche tecniche e dei relativi ambiti di utilizzo, e si occupa di controllare l'adeguatezza di quegli ausili che vengono ricondizionati secondo le normative CEE.

Questo ha valso all'AUSL di Rimini un importante riconoscimento: quello di considerare i percorsi che l'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica sta svolgendo come modello da sottoporre all'attenzione di tutte le AUSL della Regione Emilia-Romagna.

Gli utenti in carico al servizio protesi ausili nell'anno 2007 sono stati 20.000 pari al 7,2 % della popolazione residente nel territorio di competenza dell'AUSL di Rimini e vengono così ripartiti:

- ✓ Il 3 % si riferisce alla popolazione con fasce di età da 0 a 18 anni;
- ✓ Il 18,8 % si riferisce alla popolazione con fasce di età da 19 a 65 anni;
- ✓ Il 78,2 % si riferisce alla popolazione con fasce di età superiore a 66 anni.

Di questi, 127 sono utenti oncologici a cui sono stati forniti ausili con percorso preferenziale.

Per quanto riguarda i dati relativi al riconoscimento di invalidità da parte del Servizio di Medicina Legale dell'Az. USL Rimini per l'anno 2007 si evidenzia:

- utenti con riconoscimento invalidità 118/71 anno 2007 sono 4722;
- utenti con riconoscimento con indennità di accompagnamento anno 2007 sono 2476;
- utenti riconosciuti in condizione di Handicap grave legge 104/92 art. 3 comma 3 sono 1784.

Il Servizio di Assistenza Riabilitativa e Protesica espleta la sua attività nei seguenti campi:

- ausili tecnici per la mobilità, la vita quotidiana, la cura della persona, il lavoro, lo sport, il tempo libero, gli adattamenti all'ambiente e all'automobile;
- assistenza riabilitativa per pazienti in dimissione dalle strutture ospedaliere e strutture di degenza riabilitativa che necessitano di continuità di cura assistenziale nel percorso di restituzione al proprio ambiente di vita;
- ausili informatici (hardware e software) ed elettronici per la comunicazione ed il controllo dell'ambiente.

E' proprio qui che si colloca il nostro progetto ovvero la definizione di un centro di consulenza di 1° livello che nasce dalla collaborazione dell'U.O. Assistenza Riabilitativa e Protesica con il Centro Regionale Ausili (CRA), che è un centro di riferimento regionale di II livello per la formazione degli operatori e per l'elaborazione di un percorso di individuazione metodologica del processo attuato per l'adozione dell'ausilio.

Al fine di contribuire ad una rete regionale di servizi dedicati alle tecnologie per l'assistenza è doveroso accennare all'esistenza di una rete cosiddetta GLIC (Gruppo di Lavoro Interegionale Centri ausili elettronici ed informatici per disabili) costituita da 26 centri nati e sviluppati autonomamente dal 1996 e che dal 2006 si sono dati delle linee guida al fine di pervenire ad un modus operandi comune, di promuovere la cultura dell'ausilio tecnologico e di diffondere la presenza dei centri in tutte le regioni italiane. E' su questa scia, infatti che la Regione Emilia-Romagna ha istituito un centro di II livello ma non ha previsto la creazione di centri autonomi di primo; è per questo motivo che, sentendo forte la necessità di prendere in carico il paziente nella sua globalità e di accompagnarlo in questo percorso di promozione dell'autonomia, dell'autodeterminazione e della partecipazione sociale, il servizio Assistenza Riabilitativa e Protesica di Rimini ha pensato di sviluppare questo progetto in modo da poter accedere al CRA con già una prima valutazione dei singoli casi.

6. Obiettivi del progetto

I principi chiave alla base dello sviluppo del servizio di consulenza sulle nuove tecnologie sono l'ottimizzazione e l'appropriatezza dell'efficacia e dell'efficienza. I servizi efficaci offrono le migliori

³ Per *efficienza* si intende il "raggiungimento di un obiettivo/effetto desiderato con il minor dispendio di energie/risorse", per *efficacia* il "raggiungimento di un obiettivo/effetto desiderato".

soluzioni possibili rispetto al bisogno e all'effetto desiderato; quelli efficienti fanno un uso razionale delle risorse senza sprecare né denaro né tempo.

Per poter garantire all'utente il pieno successo nella scelta dell'ausilio più appropriato per le sue esigenze sono necessarie la formazione continua di tutti gli operatori coinvolti nel processo ed una stretta collaborazione tra le varie figure professionali. Da qui la necessità di creare un gruppo di lavoro sperimentale con un'attenzione maggiore sul versante dell'autonomia piuttosto che dell'assistenza, guardando più alla "possibilità di fare" del soggetto che alla sua "incapacità di fare". La formazione è fondamentale per chi supporta utenti impegnati in processi riabilitativi e di vita indipendente e che utilizzano, o potrebbero utilizzare, ausili tecnologici; una ricerca svolta nell'ambito del progetto KPT sui bisogni formativi degli operatori ha rilevato che circa l'80% di loro non ha ricevuto alcun insegnamento sull'AT (assistive technology) nel percorso di prima formazione. La Commissione Europea sottolinea però l'importanza dell'apprendimento permanente sostenendo che esso *"è diventato una necessità in un'Europa caratterizzata da un rapido cambiamento sociale, tecnologico ed economico. Una popolazione che invecchia accentua queste sfide-sottolineando il bisogno di conoscenze, abilità e competenze continuamente aggiornate e rinnovate"*. (Commissione Europea. Towards a European Qualifications Framework for Lifelong Learning. 2005 pg. 8.)

In sintesi i punti di forza che secondo me potranno portare alla riuscita di questo progetto sono:

- la coesistenza nella stessa sede fisica, priva di barriere architettoniche e facilmente raggiungibile, dei servizi essenziali rivolti ai cittadini con disabilità;
- la presenza di operatori dei vari servizi (Sociali e sanitari – riabilitativi) all'interno della stessa sede che porta al continuo confronto tra gli stessi e quindi all'utilizzo di un linguaggio comune nella progettazione dell'intervento;
- l'alto livello di formazione dei fisioterapisti specializzati in Assistive Technology fa sì che essi abbiano una competenza che permette un'elevata appropriatezza nella scelta e assegnazione degli Ausili; di qui l'importanza di una valida e specifica formazione sulle "tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità" (corso SIVA);
- l'utilizzo del magazzino AUSL che permette un notevole risparmio economico attraverso il meccanismo del riciclaggio degli ausili e la disponibilità degli stessi in tempi brevissimi dalla richiesta, il che determina anche una percezione decisamente positiva da parte del cittadino – utente riguardo ai tempi d'attesa;
- l'elevata competenza dei Fisioterapisti esperti dedicati alla protesica ha portato ad un clima di fiducia da parte della dirigenza medica dell'U.O. la quale tende ad avallare senza particolari problemi le richieste che provengono dagli stessi fisioterapisti. In sostanza i medici fisiatristi sottoscrivono le prestazioni già predisposte dai fisioterapisti su progetto comune e questo conduce ad un deciso risparmio in termini di tempo e di denaro (si pensi al notevole costo per l'azienda se le visite per la scelta, l'adozione e la valutazione di un ausilio dovessero corrispondere ad una o più visite specialistiche fisiatriste). Il numero dei fisiatri è piuttosto esiguo e se non si sfruttasse la competenza dei fisioterapisti prevista, peraltro, dal profilo professionale come valutazione di procedure funzionali (L.251/2001), i tempi di attesa per la prescrizione di un ausilio diventerebbero improponibili, considerando anche il fatto che la stragrande maggioranza delle valutazioni va effettuata al domicilio del paziente in quanto l'ausilio non può essere avulso dal contesto ambientale in cui verrà utilizzato;
- la scelta di un ausilio viene fatta tramite un'accurata valutazione dell'equipe multiprofessionale che valuta le competenze e le capacità dell'assistito senza mai perdere di vista la sua centralità ed il contesto d'uso dell'ausilio da fornire. Viene effettuata un'attenta valutazione del contesto ambientale in cui verrà utilizzata la tecnologia proposta: prendendo in considerazione i bisogni che l'ambiente stesso produce sul paziente disabile (come dice l'ICF, i fattori ambientali, a seconda dei casi, possono essere facilitatori o barriere), si riduce fortemente il rischio di assegnazione di un ausilio inappropriato;
- la possibilità di prevedere follow-up a distanza trimestrale, semestrale o annuale (a seconda della patologia, dell'età e così via), che ci permettano di rivalutare l'efficacia dell'ausilio, il suo utilizzo più o meno appropriato e l'evoluzione delle necessità dell'utente; tutto ciò è volto a ridurre il fenomeno dell'abbandono dell'ausilio stesso, che comporterebbe una sconfitta psicologica per l'assistito, e a diminuire anche gli sprechi economici.

Nell'ambito degli ausili tecnologici, il NT è ancora assai carente quindi ritengo importante rimarcare il fatto che l'AUSL di Rimini non si limita a valutazioni e prescrizioni di ausili solo da NT ma spazia nella vastità degli strumenti presenti sul mercato, e supporta l'utente indirizzandolo ad eventuali agevolazioni fiscali previste dalla legislazione nazionale e regionale.

Gli ausili tecnologici possono essere importanti ma non risolvono qualsiasi problema. Il successo nel loro utilizzo si basa sull'integrazione di molti fattori differenti, ed è per questa ragione che la presenza di Centri di competenza indipendenti può avere un ruolo essenziale nel garantire che la tecnologia venga sfruttata al meglio.

7. Articolazione del progetto

Il nuovo centro di primo livello opera allo scopo di individuare ausili tecnologici appropriati e qualitativamente validi, adattandosi alle variabili necessità del paziente e considerando, al contempo, gli sviluppi tecnologici dei presidi stessi ed i rispettivi costi.

Il principale attore di questo progetto sarà il fisioterapista che dovrà programmare gli appuntamenti, i colloqui, le eventuali prove degli ausili, dovrà compilare le schede valutative di sua pertinenza ed essere il punto di riferimento di tutta l'équipe; per questo motivo tale figura professionale sarà maggiormente coinvolta nel progetto in termini di ore rispetto alle altre figure (18 ore mensili per il fisioterapista contro le 12 degli altri operatori).

Le azioni principali per mettere in pratica tale progetto consisteranno essenzialmente in:

- ★ individuazione di un nucleo di base multidisciplinare, con competenze in vari campi (fisioterapista per le competenze sulle abilità motorie e gli aspetti posturali; educatore professionale con competenze informatiche per disabilità di tipo sensoriale - visive ed uditive; logopedista per le competenze sui disturbi dell'apprendimento; neuropsicologo per le competenze sulle abilità cognitive; tecnico informatico; medico fisiatra; assistente sociale; psicologo). Infatti tra i fattori essenziali che determinano l'efficacia di una soluzione tecnologica è cruciale la definizione di un insieme chiaro e concordato di obiettivi e quindi la presenza di un gruppo di lavoro capace di sostenere l'implementazione nonché la partecipazione attiva della persona disabile, della famiglia e degli operatori dei servizi di base che hanno in carico il caso;
- ★ formazione dell'équipe operativa attraverso la partecipazione a corsi di formazione relativi alle tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili, la consulenza ed il supporto per i casi più impegnativi da parte del CRA;
- ★ istituzione di un ambulatorio di primo livello all'interno della struttura privata accreditata "Luce sul Mare" dove sono già presenti un ambulatorio per le autonomie ed il CTO con apertura quindicinale di circa 6 ore, dalle 9.00 alle 15.00, con la possibilità di valutare 3/4 casi;
- ★ creazione di un ambiente dedicato per la visione e la prova degli ausili informatici;
- ★ individuazione di canali di invio dell'utente al nuovo servizio, per esempio Ospedali, Strutture di Degenza Riabilitativa, Strutture Residenziali per anziani e disabili adulti, Servizi Sociali aziendali e comunali, MMG che ha in carico l'utente e col quale l'U.O. coopera per la realizzazione di interventi di assistenza domiciliare;
- ★ catalogazione informatizzata degli ausili già disponibili in magazzino, sulla base delle caratteristiche tecniche e dei relativi ambiti di utilizzo;
- ★ cooperazione con gli enti locali preposti all'abbattimento delle barriere architettoniche (Ufficio Tecnico progettista Comunale, Ufficio Casa, Agenzia per la casa - ex IACP -);
- ★ verifica del grado di soddisfazione dell'utente rispetto all'ausilio tramite una scheda di rilevazione, allo scopo di monitorare in maniera più accurata gli interventi effettuati;
- ★ verifica a distanza dei risultati ottenuti mediante una scheda di follow-up.

In questo ambito di ausili tecnologici, dove il NT è ancora assai carente sarà ancora più importante il supporto e la guida nei confronti dell'utente per eventuali agevolazioni previste dalla legislazione nazionale e regionale. Di questo aspetto si occuperanno il fisioterapista e l'assistente sociale: in particolare il fisioterapista deve essere a conoscenza della possibilità di ricondurre al Nomenclatore Tariffario eventuali ausili non presenti in esso per omogeneità di funzione come prevede l'art.1 comma 5 del D.M. 332 del 27 agosto 99; inoltre, insieme all'assistente sociale al fisioterapista

competete informare l'utente circa le leggi nazionali (Legge 104 per l'IVA al 4%) e le leggi regionali (Legge 29 art 5 per recupero del 50% della spesa sostenuta se l'ISEE è inferiore a 21000 €) che agevolano nell'acquisto di ausili non riconducibili a NT.

8. Risultati previsti

Il riabilitatore in genere e, a maggior ragione, gli operatori che lavorano nel campo dell'AT (assistive technology), devono utilizzare un approccio centrato sulla persona nella valutazione e nella fornitura di supporto alle persone disabili; l'AT, infatti, non riguarda soltanto gli oggetti progettati per risolvere problemi tecnici, ma soprattutto i bisogni e le richieste delle persone con disabilità che usano o vorrebbero usare ausili tecnologici per svolgere particolari attività.

Il contesto e gli ambienti fisici e sociali in cui queste attività hanno luogo devono essere attentamente valutati prendendo in seria considerazione fattori quali le aspettative dell'utente, la qualità di vita, il contesto familiare, i bisogni educativi o lavorativi, la configurazione fisica degli ambienti di vita dell'utente stesso. Solo in questo modo gli operatori saranno in grado di proporre soluzioni efficaci e con un giusto rapporto costi-risultati.

L'intervento nel campo delle tecnologie è complesso e coinvolge molte persone perciò è difficile quantificare i risultati di tale progetto dal punto di vista dei cambiamenti nella qualità di vita o di una maggiore integrazione sociale delle persone disabili; sicuramente un valido feedback può essere, però, fornito da schede di valutazione come il QUEST (valutazione della soddisfazione dell'utente rispetto all'ausilio), il PIADS (scala di impatto psico-sociale dell'ausilio), l'IPPA (valutazione dei problemi secondo le priorità individuali) e dagli interventi di follow-up a distanza di 3/6/12 mesi.

Tuttavia i risultati previsti da questo progetto possono essere molteplici: in primo luogo una maggior tempestività ed appropriatezza nell'intervento di valutazione, prova e fornitura dell'ausilio tecnologico ed il conseguente snellimento delle procedure. In tal modo l'utente non sarà più costretto a spostarsi per avere una consulenza specialistica sull'assistive technology a lui più consona, ed anche i casi la cui complessità comporti un'integrazione da parte del centro regionale di secondo livello saranno seguiti dagli operatori del nuovo centro di primo livello.

In secondo luogo si darà un contributo importante all'inserimento delle persone disabili nell'ambito scolastico (gli ausili tecnologici possono facilitare la lettura, l'ascolto, la scrittura, il disegno, la comunicazione orale, ecc.), lavorativo (computer per telecomunicazione e controllo ambientale), riabilitativo (i sistemi per l'accesso al pc e i dispositivi di comunicazione alternativa consentono interventi riabilitativi precoci di natura neuropsicologica, cognitiva e linguistica), consentendo loro la possibilità di viverli la casa (controllo ambientale), gli hobbies ed il tempo libero.

In terzo luogo, ma non ultimo, l'istituzione di tale servizio consentirà all'AUSL di Rimini di essere capofila e punto di riferimento per le altre Aziende Sanitarie dell'Area Vasta, cioè Ravenna, Forlì e Cesena.

9. Relazione tecnica

Al fine di ottimizzare la modalità operativa e rendere uniformi le procedure ed il servizio erogato, si propongono questa serie di condizioni per l'avvio.

Momento conoscitivo (presa in carico)

Valutare e consigliare gli ausili secondo il bisogno della persona disabile richiede specifiche competenze interdisciplinari e multidisciplinari tecnologiche, cliniche, relazionali, sociali e organizzative.

L'equipe dovrà essere in grado di affrontare le richieste che riguardano gli strumenti informatici per implementare la comunicazione, facilitare l'apprendimento e migliorare le performance lavorative e scolastiche. L'approccio sarà incentrato sull'utente che, in questa fase, ha un ruolo attivo così come i suoi familiari: il metodo operativo scelto per realizzare questa centralità è quello dei colloqui che

dovranno avvenire sia singolarmente con l'utente che, successivamente, in unione coi famigliari. È importante infatti che l'assistito abbia prima la possibilità di esprimere liberamente le sue necessità in quanto lui in primis dovrà rendersi disponibile a modificare se stesso, il suo stile di vita e la sua relazione con l'ambiente; d'altra parte è necessario conoscere anche le difficoltà che i caregivers incontrano giornalmente nella gestione del familiare e le loro esigenze: è in questo modo che vengono identificati i bisogni.

Momento progettuale

Il momento progettuale corrisponde principalmente al momento in cui si raccolgono le informazioni, si fanno le valutazioni, si provano gli ausili e si prospetta una tipologia di soluzione. Talvolta questo diventa anche il momento in cui si scoprono nuove possibilità finora mai esplorate o emergono bisogni che l'utente non aveva ancora considerato.

Il tutto inizierà con un colloquio nel quale l'equipe, insieme alla persona (famiglia, operatori) studia la storia occupazionale, i suoi attuali bisogni, le aspettative e gli interessi. In questo ambito si affrontano le problematiche che ostacolano l'autonomia, si discutono gli argomenti che in quel momento l'utente si sente pronto ad affrontare, si stabiliscono le priorità e si propongono possibili soluzioni al problema. Il momento progettuale comprende anche lo studio della possibilità di interazione tra la tecnologia proposta, le risorse dell'utente e l'ambiente in cui questa deve essere utilizzata. In quei casi in cui viene ipotizzato un adattamento dell'ambiente occorre effettuare una valutazione specifica dell'ambiente stesso.

La fase di raccolta delle informazioni e quella di valutazione dei bisogni dell'utente sono momenti critici perché, sulla base dei dati emersi, si possono fare delle ipotesi di lavoro. Per questo l'operatore si avvale delle tecniche informali di conduzione del colloquio e dell'analisi dei bisogni; esistono inoltre strumenti sviluppati e sensibili all'introduzione di tecnologie nella vita quotidiana che possono aiutare nell'individuazione delle aree giuste di intervento: è il caso dell'IPPA che verrà somministrato in questa fase dal fisioterapista debitamente formato e che chiederà all'utente di individuare le aree problematiche assegnando loro un punteggio di importanza e un punteggio di difficoltà. Questo stesso strumento può servire anche per misurare l'efficacia dell'intervento una volta che siano stati introdotti gli ausili tant'è vero che la seconda intervista verrà eseguita nel follow-up.

In questa fase sarà, inoltre, utile avere la possibilità di provare una serie di ausili della stessa tipologia per fare un confronto tra le varie caratteristiche; in questo modo l'utente avrà la possibilità di sperimentare attivamente le sue capacità e le eventuali limitazioni in un ambiente tranquillo.

Le soluzioni verranno individuate consultando due fonti di informazioni:

- ★ l'archivio cartaceo;
- ★ il portale SIVA, strumento fondamentale di appoggio alla valutazione e di aggiornamento sulle tecnologie assistive.

Alla fine del colloquio è previsto un ulteriore momento in cui si traggono le somme e si fa un'ipotesi di lavoro in cui verrà fornito materiale illustrativo sugli ausili provati, in modo che l'utente possa riflettere ulteriormente sulla sua scelta prima di procedere alla prescrizione. Non è da escludere che occorra stabilire più incontri valutativi di un'ora ciascuno distribuiti nell'arco di un periodo più lungo per verificare se ciò che è stato detto al primo incontro sia stato capito e pienamente condiviso dall'utente, per consentirgli di verificare l'ausilio più pratico, più facile da usare e che meglio si adatta all'ambiente in cui vive.

Momento decisionale

Nella scelta degli ausili la persona disabile dovrà scegliere tra i prodotti oggi disponibili, consapevole del fatto che, anche in breve tempo, potrebbero rivelarsi superati, perché sostituiti da prodotti più evoluti.

Il momento decisionale è quindi quello in cui gli operatori e l'utente decidono quale soluzione adottare tra quelle proposte, si confrontano le possibili soluzioni con le limitazioni poste dall'ambiente e si perfeziona l'elaborazione di una precisa modalità di utilizzo.

Aspetti importanti da considerare nel momento della scelta sono quelli che riguardano la possibilità per l'utente di ottenere gli ausili, di saperli utilizzare e di mantenerli in funzione. In questa fase le

tecnologie fornite dal SSN verranno prescritte tramite l'atto medico, supportato da un piano riabilitativo individualizzato. Questo momento coincide anche con l'assistenza al prescrittore nella corretta individuazione dei codici del NT, corrispondenti alle caratteristiche dell'ausilio desiderato e nell'assistenza all'utente nel trovare i canali "giusti" per l'ottenimento degli ausili. Si tratta di un notevole lavoro di back-office, spesso non considerato nell'ambito della prestazione riabilitativa.

Momento attuativo

Il momento attuativo è il momento in cui l'utente riceve l'ausilio e comincia il percorso di addestramento al suo uso in modo da poterlo integrare nella propria vita quotidiana. Se prescritto da un medico, l'ausilio va collaudato da quest'ultimo per verificare che corrisponda a quello prescritto. In questo momento è molto importante che anche i familiari o le persone che stanno intorno all'utente apprendano l'uso dell'ausilio in modo che sia accettato da tutti; qui il ruolo dell'equipe riabilitativa è di primaria importanza, perché può aiutare le persone a sperimentare l'uso sotto supervisione, evitando così inutili frustrazioni e magari abbandoni precoci dell'ausilio.

Momento della verifica

Corrisponde al momento di misura dell'outcome dell'ausilio ovvero dell'efficacia e dell'utilità dell'ausilio stesso, dove per efficacia si intende quanto questo abbia permesso di conseguire gli scopi prefissati, e per utilità quanto abbia inciso positivamente sulla qualità di vita dell'utente. Il concetto di qualità di vita è molto complesso ed abbraccia varie dimensioni della persona (salute fisica, mentale, professionale, familiare, economica ecc) quindi non è possibile misurarlo con una sola scala; è per questo che, in questa fase, utilizzeremo come scale di valutazione il QUEST e il PIADS.

Il primo è un questionario compilato direttamente dall'utente che pone domande relative al suo grado di soddisfazione rispetto all'ausilio in uso e rispetto ai servizi associati alla fornitura dello stesso.

Il secondo è sempre un questionario autocompilato dall'utente dopo che questi abbia acquisito una certa familiarità e competenza d'uso dell'ausilio; un sondaggio dell'impatto interiore che l'ausilio ha avuto sulla persona attraverso domande che cercano di rilevare la percezione di cambiamento portato dall'ausilio rispetto alla propria adattabilità, competenza e autostima.

Inoltre sarà utile fare un bilancio economico attraverso lo SCAI che è un metodo informatizzato di analisi dei costi che consente a chi valuta e prescrive l'ausilio di stimarne con una certa facilità il costo sociale. Questo è importante in quanto alcuni studi hanno dimostrato che, spesso, il costo sociale del "non ausilio" è più elevato di quello dell'ausilio: infatti, anche se l'investimento iniziale fosse molto alto alla lunga si può produrre un elevato risparmio perché, concedendo all'utente e alla sua famiglia maggior autonomia, si tende a ridurre l'impegno assistenziale.

Follow-up

A distanza di un certo periodo di tempo, 3/6 e 12 mesi, è utile verificare l'impatto che la tecnologia ha avuto nelle condizioni di reale uso; si verifica nuovamente il corretto utilizzo dell'oggetto ed eventualmente si correggono alcuni errori con adattamenti e strategie alternative. Il follow-up sarà sicuramente più efficace ed oggettivo se condotto dall'equipe che ha seguito l'utente nella scelta dell'ausilio nell'ambito del contesto di utilizzo dell'ausilio stesso. È in questa fase che il fisioterapista somministrerà la seconda intervista dell'IPPA chiedendo all'utente di pesare nuovamente i problemi precedentemente individuati secondo la difficoltà che egli incontra attualmente con l'ausilio. Una diminuzione delle difficoltà rispetto alla prima intervista sta ad indicare che l'ausilio è risultato efficace. È comunque fondamentale tener sempre presente che ogni patologia evolve continuamente, determinando il modificarsi delle condizioni e dell'obiettivo finale dell'utente.

10.Scenari

Usare le nuove tecnologie non è semplice e il loro effetto non è immediato: l'introduzione degli ausili tecnologici nella vita delle persone è, nella maggior parte dei casi, un processo delicato di non breve durata, che presuppone lavoro di gruppo e professionalità, tempo ed esperienza.

La tecnologia applicata al processo riabilitativo, è uno strumento che può facilitare l'indipendenza e l'autonomia di persone disabili o anziane che vivono nella nostra società.

Se utilizzata in modo appropriato, può servire per risolvere i problemi funzionali e pratici della vita quotidiana dei singoli utenti. Tuttavia in alcune situazioni, può creare nuovi impedimenti o difficoltà alle persone disabili, ai loro familiari, agli assistenti, ai tecnici; in altre, può essere considerata di valore marginale per gli utenti ed assumere maggiore importanza per gli assistenti, o viceversa.

Il successo o il fallimento dell'adozione di un ausilio tecnico, dipendono da numerosi fattori critici correlati alla disabilità, alla situazione dell'utente, alla competenza degli operatori interpellati, ai processi di fornitura, alla efficacia delle soluzioni proposte, ai fattori economici.

L'attività di riabilitazione e la fornitura di ausili tecnici, sono sì regolate dal sistema sanitario ma deve essere l'utente, guidato da una valida equipe specializzata in ausili tecnologici, a scegliere la tecnologia a lui più consona per realizzare i suoi obiettivi personali in tutti i differenti ambiti della sua vita.

Nell'evoluzione futura è auspicabile una presa di coscienza delle seguenti criticità:

- ✓ presa in carico globale dell'utente al fine di poter avere una visione completa della persona e dei suoi bisogni e poter, così, assicurare una corretta somministrazione dell'ausilio;
- ✓ considerare i benefici socio-economici che si ottengono in seguito all'adozione di un ausilio tecnico anche con l'uso di tabelle il più possibile oggettive (SCAI);
- ✓ sviluppare linee guida per la valutazione dei benefici per l'utente (fisici, psichici, relazionali, ecc), i caregivers (diminuzione del carico assistenziale), la collettività (sociali, economici, ecc);
- ✓ adeguata formazione professionale: gli operatori che si occupano professionalmente di dare risposte ai bisogni delle persone con disabilità, dovrebbero essere consapevoli delle opportunità offerte dalla tecnologia per sostenere e sviluppare l'autonomia dei propri utenti e la loro effettiva partecipazione ed inclusione sociale;
- ✓ creare un rapporto continuativo di fiducia con l'utente ed i suoi familiari garantendo la tempestività di rielaborazione del progetto in base al divenire delle varie e nuove necessità dell'utente (follow-up programmati con visione della persona).

Un progetto che punta a migliorare e strutturare una procedura, a formare e motivare un'equipe che acquisisca competenze specifiche per la fornitura degli ausili, potrà diventare non solo un miglioramento della qualità di un servizio per l'utenza, dell'autonomia e della qualità di vita della persona, ma anche porre le basi su cui sviluppare ulteriori progetti che coinvolgano tutti i sottosistemi in cui è organizzata la società odierna, da quelli del terzo settore (economia sociale, volontariato operazione), a quelli del mercato e dello Stato.

11.Piano economico

I costi che l'AUSL dovrà sostenere per realizzare questo progetto sono caratterizzati dall'acquisto delle varie attrezzature pc con accesso facilitato ed eventuali software e dalla retribuzione delle figure professionali facenti parte dell'equipe ma non dipendenti AUSL; per quanto riguarda le spese per l'affitto dei locali esse non graveranno su questo progetto in quanto verranno utilizzati gli stessi spazi che l'AUSL utilizza già all'interno della struttura "Luce sul mare" per il CTO.

Consideriamo una spesa iniziale pari a 7000 € per l'acquisto di hardware (tastiere di varie tipologie, e-spanse, con scudo, programmabili e ridotte; emulatori di mouse; joystick e trackball; touchscreen; sensori) da applicare alla postazione computer messa a disposizione dalla struttura "Luce sul mare"; per quanto riguarda i software, verranno stanziati 1500 € per l'acquisto di alcuni di essi e per altri si richiederanno versioni demo a ditte quali Helpicare, Anastasis ed Auxilia.

Per alcuni ausili verrà richiesto un comodato d'uso da parte delle ditte sopra menzionate al fine di consentire una più ampia visione degli ausili presenti sul mercato e per poterli usare anche a scopo di mostra.

Considerando che ogni operatore non dipendente dell'AUSL sarà impiegato per un totale di 12 ore al mese con una retribuzione pari a 21 € per educatore professionale, di 20 per logopedista e di 23 per neuropsicologo otterremo una spesa pari a 9216 € annue.

| Costi | € |
|---|---------|
| Figure professionali non dipendenti dell'AUSL | 9216 € |
| Materiale software | 1500 € |
| Materiale hardware | 7000 € |
| Totale spesa | 17716 € |

Come si evince dalla tabella il costo totale del progetto sarà, quindi, di 17716 € per il primo anno sperimentale; negli anni successivi se il servizio sarà istituito a permanenza il costo di mantenimento sarà di circa 10000 € annui.

12. Strumenti di lavoro

Il fisioterapista dovrà compilare e catalogare i seguenti strumenti di lavoro:

- Scheda informatizzata di raccolta dati dell'utente nella quale verranno specificati i dati della persona, la patologia, le capacità funzionali (funzioni vitali di base, funzioni neuro – muscolo – scheletriche e correlate al movimento, funzioni mentali, funzioni sensoriali e dolore, area della mobilità, area della cura della propria persona, area del riadattamento e reinserimento sociale), la valutazione dell'ambiente in cui esso vive e le sue abilità in vari ambiti; questa deve essere facilmente aggiornabile nei follow-up che seguiranno.
- QUEST: è un questionario compilato direttamente dall'utente che pone domande relative al suo grado di soddisfazione rispetto all'ausilio in uso (8 domande) e rispetto ai servizi associati alla fornitura dello stesso (4 domande). L'utente risponde ad ogni domanda con un punteggio che va da 1 a 5 dove 1 corrisponde a *per niente soddisfatto* e 5 a *molto soddisfatto*.
- PIADS: è un questionario autocompilato dall'utente dopo che questi abbia acquisito una certa familiarità e competenza d'uso dell'ausilio. È in pratica un sondaggio dell'impatto interiore che l'ausilio ha avuto sulla persona attraverso 26 domande che cercano di rilevare la percezione di cambiamento portato dall'ausilio rispetto alla propria adattabilità (6 domande), competenza (12 domande) e autostima (8 domande). Si risponde ad ogni domanda su una scala visiva marcata da -3 (*l'ausilio ha portato un peggioramento della situazione*) a +3 (*l'ausilio ha migliorato completamente la situazione*), dove 0 corrisponde a *nessun cambiamento percepito*.
- IPPA: è somministrato in due interviste condotte da un operatore capace di guidare l'utente ma senza condizionarne le risposte. La prima verrà effettuata durante il momento decisionale: si chiederà all'utente di individuare i 7 problemi che si aspetta di risolvere pesandoli secondo l'importanza che rivestono nella sua vita (scala da 1- *non importante*, a 5- *molto importante*) e la difficoltà che ha nel risolverli senza ausilio. La seconda intervista verrà eseguita nel follow-up e si chiederà all'utente di pesare nuovamente i problemi precedentemente individuati secondo la difficoltà che egli incontra attualmente con l'ausilio. Una diminuzione delle difficoltà rispetto alla prima intervista sta ad indicare che l'ausilio è risultato efficace; la differenza tra il totale della prima e quello della seconda intervista costituisce l'indicatore IPPA che oscilla tra -20 (*massimo aumento di difficoltà per problemi molto importanti*), 0 (*nessun cambiamento*) e +20 (*massima diminuzione di difficoltà per problemi molto importanti*). Si evince, quindi, che questo strumento è preparato a rilevare anche eventuali insuccessi dell'ausilio.

- SCAI: è un metodo informatizzato di analisi dei costi che consente a chi valuta e prescrive l'ausilio di stimarne con una certa facilità il costo sociale, in modo da effettuare una scelta informata e ragionata anche sul piano della mobilitazione delle risorse.

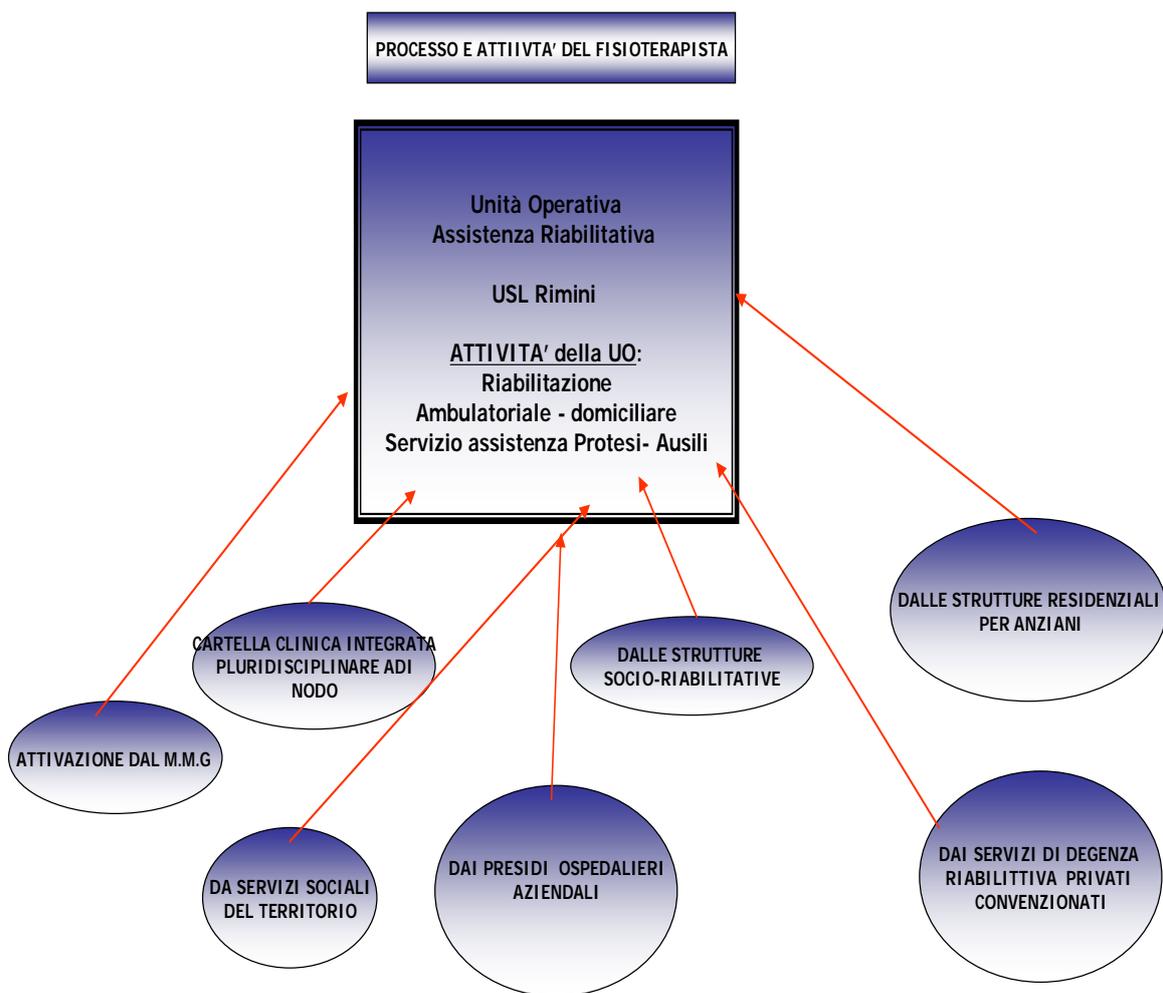
13. Bibliografia

- ◆ Andrich R (2001): *Analisi costi e benefici degli ausili: lo strumento SCAI*. Europa Medicophyca 37(1).
- ◆ Andrich R (1988): *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute.
- ◆ Andrich R (1996): *Consigliare gli ausili: organizzazione e metodologia di lavoro dei Centri Informazioni Ausili*. Milano: Fondazione Don Gnocchi.
- ◆ Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare per l'autonomia: ausili e ambiente per la qualità della vita*. Firenze: Giunti OS
- ◆ Andrich R (1999): *Quanto costano gli ausili*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi.
- ◆ Bitelli C. et al (2002): *Ausili tecnologici contro l'esclusione sociale*. Bologna: Progetto BRIDGE.
- ◆ Bitelli C. et al (2005): *Lavoro, disabilità e ausili tecnologici*. Bologna.
- ◆ Commissione Europea (2005): *Towards a European Qualifications Framework for Lifelong Learning*. Commission Staff Working Document.
- ◆ Consorzio EUSTAT (1999): *Pronti... Via!* Milano: Commissione Europea.
- ◆ Consorzio EUSTAT (1999): *Tecnologie per l'autonomia – Linee Guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea.
- ◆ Demers L, Weiss-Lambrou R, Ska B (2000): *Item analysis of the Quebec user evaluation of satisfaction with assistive technology (QUEST)*. Assistive Technology, 12, 96-105.
- ◆ DGR 2582/1999 e DGR 2583/2003.
- ◆ Gresswell Ann et al (2007): *Linee guida per la formazione in Assistive Technology*. Bologna: KPT Partners.
- ◆ Jutai J, Day H (2004): *Psychosocial impact of assistive devices scale (PIADS)*. Technology and disability, 14, 107-111.
- ◆ Legge 5 febbraio 1992 n. 104; "legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale delle persone handicappate".
- ◆ Legge R.E.R. n. 29/97, "al fine di limitare le situazioni di dipendenza assistenziale e per favorire l'autonomia, la gestione della permanenza nel proprio ambiente di vita delle persone in situazione di Handicap grave".
- ◆ O.M.S. (2002): *ICF. Classificazione internazionale del Funzionamento della Disabilità e della Salute*. Gardolo (TN), Erickson.
- ◆ Wessels R, Persson J, Lorentsen O, Andrich R, Ferrario M, Oortwijn W, Van Beekum T, Brodin H, De Witte L (2004): *IPPA: individually prioritised problem assessment*. Technology and disability, 14, 141-145.

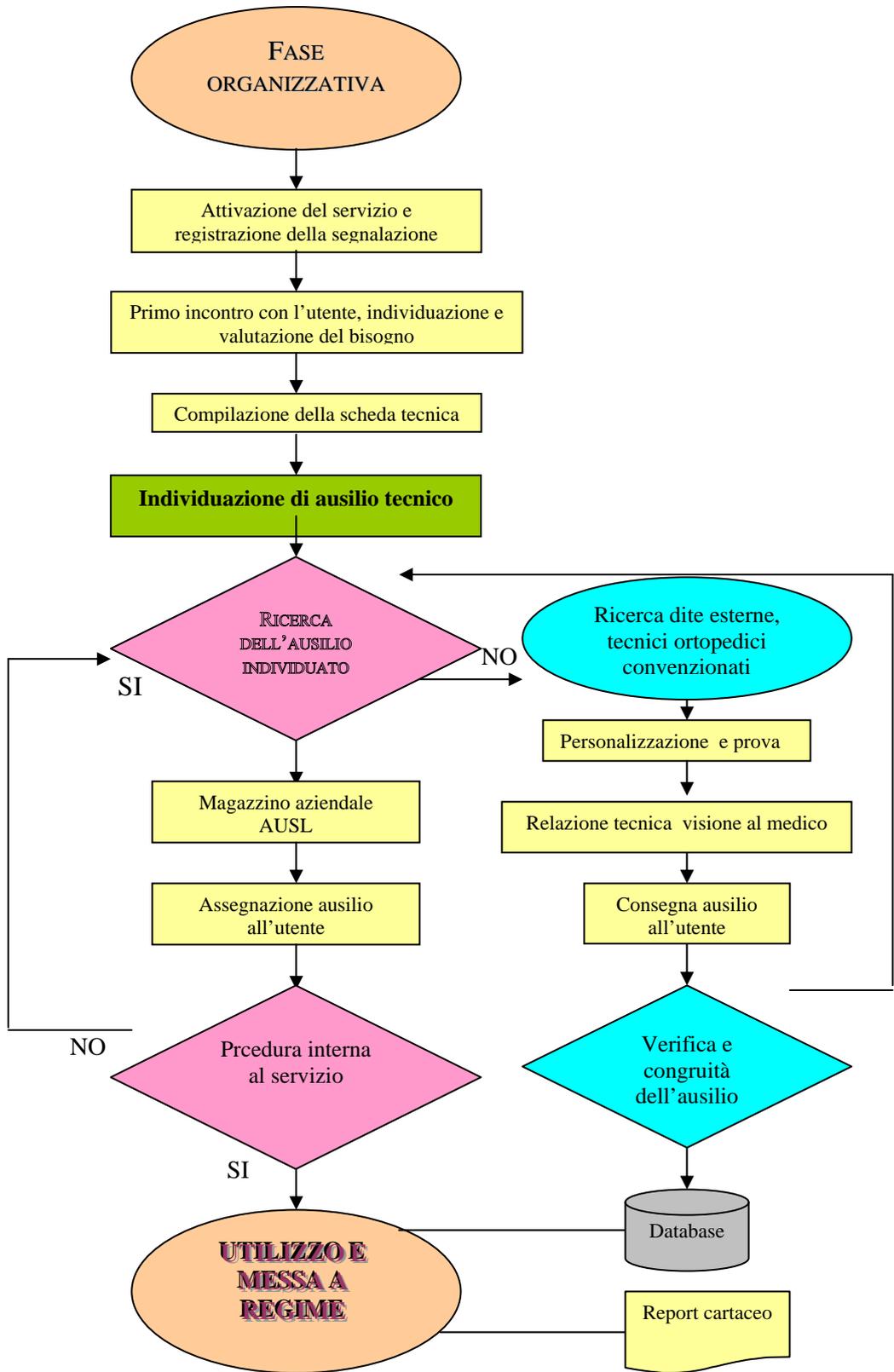
Siti Internet Consultati

www.portale.siva.it
www.handylex.org
www.sanita.fvg.it
www.regione-emiliaromagna.it
www.auslrimini.it
www.provinciarimini.it
www.centroregionaleausili.it
www.ausilioteca.org
www.centroinforma.it
www.leonardoausili.com
www.anastasis.it
www.cavazza.it
www.helpicare.com
www.asphi.it
www.disabili.com
www.auxilia.it

Modello di attivazione del Fisioterapista per la valutazione di ausili



FLOW-CHART - DESCRIZIONE DEL PERCORSO AUSILI



RESPONSABILI

U.O. Protesica

FT con
Responsabilità di
M. Organizzativo

FT con
responsabilità
funzionale

Referenti piano
di fornitura

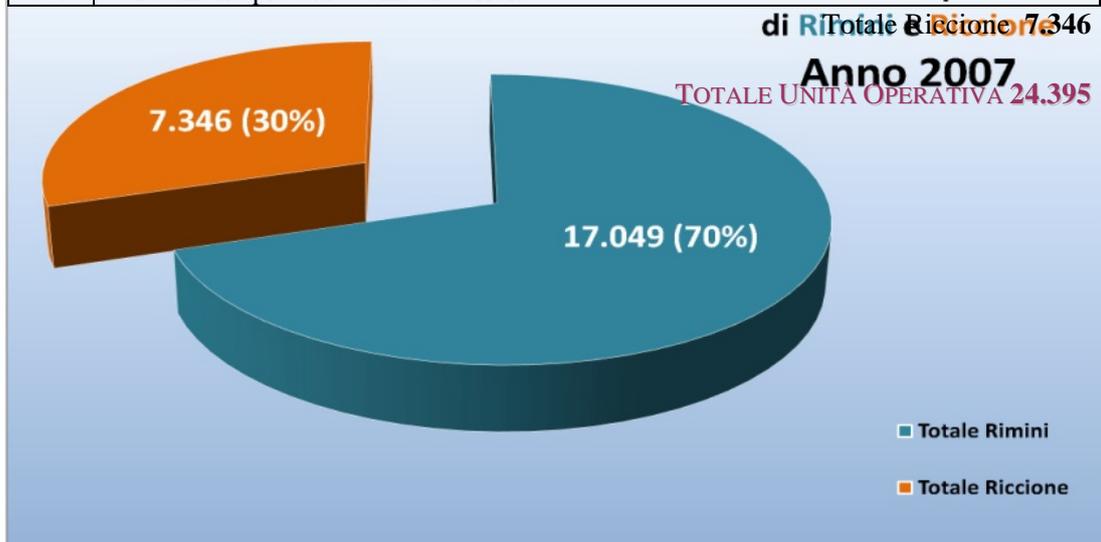
Direzione
U.O.

**LE PRESTAZIONI DEI FISIOTERAPISTI DELL'UNITÀ OPERATIVA NEL 2007 NEI DUE
DISTRETTI DI RIMINI E RICCIONE SONO COSÌ RIASSUNTI:**

| RIMINI | | |
|---------------|--|-------|
| 134 | Esercizi posturali individuali | 3.214 |
| 136 | Training Deambulatori, del passo e addestramento per i familiari | 3.214 |
| 138 | Terapia occupazionale individuale | 3.214 |
| 125 | Rieducazione motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa | 592 |
| 107 | Valutazione protesica domiciliare | 160 |
| 007 | Valutazione protesica ambulatoriale | 6.655 |

Totale Rimini **17.049**

| RICCIONE | | |
|--|--|--------------|
| 134 | Esercizi posturali individuali | 869 |
| 136 | Training Deambulatori, del passo e addestramento per i familiari | 869 |
| 138 | Terapia occupazionale individuale | 869 |
| 125 | Rieducazione motoria individuale in motuleso grave strumentale complessa | 0 |
| 107 | Valutazione protesica domiciliare | 0 |
| 007 | Valutazione protesica ambulatoriale | 4.739 |
| Totale prestazioni dei Fisioterapisti | | 7.346 |



DATI GENERALI POPOLAZIONE DI RIFERIMENTO / SPESE PROTESICA

| periodo di riferimento: anno 2007 | | |
|-----------------------------------|--|------------------|
| 1 | descrizione AUSL di riferimento | Rimini |
| 2 | n° Distretti | 2 -RN - RC |
| 3 | popolazione totale | 297.000 |
| 4 | suddivisa per: | |
| 5 | 0-17 anni | 3% |
| 6 | 18-64 anni | 18,80% |
| 7 | over 65 | 78,20% |
| 8 | utenti in carico all'assistenza protesica (utenti che hanno avuto ausili nel 2007) | 8.770 |
| 9 | n° accessi (contatti con l'utente in degenza, al domicilio, presso il Centro Ausili) | 18.787 |
| 10 | di cui n° accessi del fisioterapista al domicilio | 4.014 |
| 11 | di cui n° accessi utente al Servizio Ausili | 6.755 |
| 12 | spesa totale allegati n. 2 e 3 | 300.000 |
| 13 | spesa allegato n. 1 per ausili per la mobilità, postura, stabilizzazione | 1.242.000 |
| 14 | spesa protesica totale (comprensiva di protesi acustiche, oculari, calzature ecc..) | 1.234.000 |
| 15 | spesa protesica procapite per assistito (utente che ha ricevuto qualche presidio) | 282,326 |
| 16 | spesa protesica procapite per assistibile (popolazione residente) | 8,53 |
| totale Protesica | | 2.476.000 |

AUSILI FORNITI DALL'UNITA' OPERATIVA nel 2007

| ausili da gara allegato 2 e 3 - DM 332 | n° pezzi nuovo | n° pezzi da magazzino | Totale pezzi | Costo € |
|--|----------------|-----------------------|--------------|------------------|
| ausili per la deambulazione stampelle, tripod | 65 | 20 | 85 | 765 |
| deambulatori | 290 | 283 | 573 | 45.840 |
| carrozzina comoda | 30 | 117 | 147 | 13.320 |
| poltrona comoda | 30 | 230 | 260 | 36.400 |
| carrozzina a telaio rigido autospinta | | 23 | 23 | 5.520 |
| sollevatore oledinamico | | 30 | 30 | 11.700 |
| sollevatore ad azionamento elettrico | 62 | 249 | 311 | 186.700 |
| materasso antidecubito 03.33.06.021 | 215 | 623 | 838 | 83.300 |
| rialzo stabilizzante Wc | 35 | 16 | 51 | 3.217 |
| sedie doccia | 80 | 47 | 127 | 17.780 |
| cuscino antidecubito | 338 | 315 | 653 | 117.540 |
| letto elettrico | 11 | 19 | 30 | 22.950 |
| letto manuali | 115 | 685 | 800 | 144.000 |
| sponde per letti ortopedici | 126 | 660 | 786 | 46.374 |
| sponde universali | 55 | 94 | 149 | 8.791 |
| supporto per alzarsi dal letto | 80 | 190 | 270 | 13.230 |
| montascale mobile a ruote | 4 | 18 | 22 | 79.200 |
| montascale mobile a cingoli | 14 | 51 | 65 | 191.750 |
| sollevatori elettrici a bandiera | 10 | | 10 | 25.000 |
| totale pezzi | 1560 | 3650 | 5.230 | |
| Totale costi ausili nuovi anno 2007 | | | | 300.000 |
| Totale costi ausili riciclati anno 2007 | | | | 743.300 |
| Totale costi ausili anno 2007 | | | | 1.053.377 |

| ausili allegato 1 DM 332 acquisti presso fornitori ortopedici | | n° pezzi nuovo | n° pezzi da magazzino | Totale | Costo € |
|--|--|----------------|-----------------------|-------------|------------------|
| 1 | sedie doccia personalizzate | 6 | | 6 | 5.921 |
| 2 | deambulatori mod. personalizzati | 7 | | 7 | 5.554 |
| 3 | carrozine pieghevoli standard | 561 | 752 | 1313 | 540.960 |
| 4 | carrozine leggere | 173 | 130 | 303 | 251.000 |
| 5 | carrozine superleggere | 33 | 7 | 40 | 58.000 |
| 6 | unità posturale bacino | 57 | 26 | 83 | 28.320 |
| 7 | unità posturale tronco/ bacino | 67 | 9 | 76 | 89.600 |
| 8 | unità posturale capo | 58 | 24 | 82 | 16.000 |
| 9 | unità posturale Arto sup. Arto inf. | 25 | | 25 | 4.500 |
| 10 | carrozine Bascule | 63 | 73 | 136 | 186.000 |
| 11 | carrozine tramogge | 41 | 45 | 86 | 88.800 |
| 12 | letto elettrici personalizzati | 16 | | 16 | 16.113 |
| 13 | sollevatori elettrico vasca e personalizzati | 22 | 4 | 26 | 18.200 |
| 14 | carrozine elettriche | 52 | 26 | 78 | 293.000 |
| 15 | stabilizzatori Standing elettrici | 6 | 4 | 10 | 18.427 |
| 16 | stabilizzatori Standing manuali | | | | |
| 17 | uniciclo | 4 | | 4 | 3.213 |
| 18 | materassi antidecubito personalizzati | 12 | | 10 | 4.590 |
| 19 | ausili per non vedenti video ingrand. | 9 | 7 | 16 | 30.013 |
| 20 | ausili informatici | 9 | | 9 | 35.563 |
| 21 | bicicletta tre ruote | 2 | | 2 | 1.245 |
| 22 | cuscini antidecubito personalizzati | 5 | | 5 | 1.507 |
| totale | | 1222 | 1107 | 2333 | 1.696.526 |

| protesi ortesi allegato 1 DM 332 acquisti presso fornitori ortopedici 07 | | n° pezzi nuovo | | | Costo € |
|---|------------------------------|----------------|--|--|----------------|
| 1 | Tutori e protesi | 165 | | | 194.079 |
| 2 | Riparazioni tutori e protesi | | | | |
| 3 | Scarpe ort. Di serie | 121 | | | 37.836 |
| 4 | Scrpe ort. su misura | 53 | | | 34.376 |
| 5 | Calze compressive | 4 | | | 333 |
| 6 | Plantari | 235 | | | 35.478 |
| 7 | Busti corsetti | 175 | | | 70.423 |
| 8 | Protesi Mammarie | 87 | | | 13.043 |
| 9 | Protesi acustica | 410 | | | 322.327 |
| 10 | Rip. protesi acustica | 70 | | | 15.097 |
| 11 | Comunicatore telefonico | 2 | | | 5.563 |
| 12 | Video ingranditore | 6 | | | 11.609 |
| 13 | Protesi oculare | 14 | | | 15.578 |
| 14 | Montature lenti | 18 | | | 6.953 |
| 15 | Microinfusore | 3 | | | 591 |
| | Ausili e protesi bambini | 136 | | | 103.081 |
| 16 | Plantari | 288 | | | 3.213 |
| totale | | 1787 | | | 869.580 |

Valore economico ausili riciclati elenco n. 1

Dist. Rn.+ Rc

€ 892.000