



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

A piccoli passi verso un Centro di consulenza per gli ausili nell'ex Asl 9 Ivrea

CANDIDATO: Elena Petozzi

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract. La costituzione di un "Centro InFormativo Ausili" nasce dall'esigenza di avere, all'interno del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale dell'ex Asl9 Ivrea, un punto di riferimento competente nell'ambito degli ausili. La presenza di operatori dedicati in orari definiti permetterà al personale del Servizio di confrontarsi, di avere informazione e formazione, di valutare soluzioni assistive per l'utente. A questo proposito l'utente potrà accedere al Centro previo contatto telefonico, o invio della scheda di accesso, da parte del personale del SRRF che ha in carico l'utente. Seguiranno le valutazioni (funzionale, ambientale, dei bisogni, ecc.) per determinare l'obiettivo da perseguire. Mediante proposte e prove di ausili si arriverà alla definizione dell'ausilio necessario con una relazione finale sull'attività svolta. L'addestramento e il follow-up concluderanno il "percorso ausili". Parallelamente il Centro vuole proporsi agli altri Servizi aziendali coinvolti nelle prescrizioni di ausili. L'intervento sarà di consulenza per la valutazione di specifiche tecniche degli ausili, ad esempio in caso di appalti aziendali, ma anche per la definizione dei parametri necessari per una migliore classificazione degli ausili presenti in Magazzino. Nell'ex Asl 9 Ivrea infatti esiste un Magazzino Ausili dove gli ausili vengono riciclati. La loro attuale classificazione non chiarisce le caratteristiche tecniche di ciascun ausilio impedendo un utilizzo appropriato.

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico**

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

Tieni sempre presente che la pelle fa le rughe, i capelli diventano bianchi, i giorni si trasformano in anni ... Però ciò che è importante non cambia, la tua forza, la tua convinzione non hanno età.

Il tuo spirito è la colla di qualsiasi tela di ragno.

Dietro ogni linea di arrivo c'è una linea di partenza. Dietro ogni successo c'è un'altra delusione. Fino a quando sei viva, sentiti viva.

Se ti manca ciò che facevi, torna a farlo. Non vivere di foto ingiallite ... insisti anche se tutti si aspettano che abbandoni.

Non lasciare che arrugginisca il ferro che è in te. Fai in modo che invece che compassione, ti portino rispetto.

Quando a causa degli anni non potrai correre, cammina veloce.

Quando non potrai camminare veloce, cammina.

Quando non potrai camminare, usa il bastone.

Però non fermarti mai !!!

Madre Teresa di Calcutta

1. Sintesi del progetto

Lo scopo del progetto

Lo sviluppo degli ausili, parte integrante di un progetto riabilitativo, è in continuo aumento sia da un punto di vista quantitativo che, soprattutto, qualitativo. Non essere a conoscenza delle nuove tecnologie significa disporre di una scelta ristretta, nella vastità dei prodotti offerti dal mercato, limitando così anche le possibilità di autonomia dell'utente.

L'utente, che deve essere il protagonista di questo processo, ha occasione di confrontarsi con altri utenti e/o rivenditori di ausili ma deve essere guidato da personale competente e aggiornato.

Ecco dunque la proposta del **Centro InFormativo Ausili** che ha lo scopo finale di migliorare il "percorso ausili" che l'utente deve affrontare ogni qualvolta gli si presenti una situazione che altera le proprie possibilità di autonomia.

L'intervento del Centro prevede:

- Sostegno al personale del Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale (SRRF)
- Consulenza per valutazione dell'ausilio adatto all'utente
- Collaborazione con gli altri Servizi aziendali dedicati agli ausili

Il contesto

L'ex Asl 9 Ivrea comprende 108 Comuni distribuiti in un territorio molto vario, dai 200 m s.l.m. ai 4000 m s.l.m. delle vette del Gran Paradiso. Le abitazioni, in particolare nei centri storici e nelle vallate, presentano diverse barriere architettoniche.

L'ex Asl 9 Ivrea garantisce l'assistenza sanitaria ad una popolazione che, al 31/12/07, risultava essere pari a 191600 persone circa.

Il SRRF, in particolare, è presente in tutti e tre i presidi ospedalieri aziendali e in 5 strutture ambulatoriali. Il personale di tale Servizio consta di 90 dipendenti (30 sono i fisioterapisti) tenendo conto che una trentina di essi è dedicata al Reparto di Recupero e Riabilitazione Funzionale presso l'Ospedale di Castellamonte, Centro Riabilitativo di 2° livello con 20 posti letto.

La situazione iniziale

La valutazione degli ausili viene effettuata sia in ambiente ospedaliero con la presa in carico del paziente da parte del terapeuta della riabilitazione sia ambulatorialmente in sede di visita fisiatrica con eventuali sedute fisioterapiche per un'analisi più approfondita.

La prescrizione è di competenza del Medico Fisiatra che verifica la validità dell'ausilio per l'obiettivo preposto. Tutti i fisiatra del Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale sono prescrittori.

Ogni dipendente del SRRF ha, rispetto agli ausili, un'esperienza e una competenza diversa che varia in base al proprio interesse personale e alla predisposizione di ciascuno verso queste tecnologie. In passato sono stati effettuati studi sugli ausili ma hanno avuto poco riscontro tra il Personale.

Non esiste un centro specializzato che coordini l'informazione e la formazione e che ottimizzi le risorse sia economiche che umane in questo settore.

A livello aziendale esiste un Magazzino Ausili per il riutilizzo degli ausili resi. Questo compito viene svolto dal Servizio di Ingegneria Clinica che sanifica gli ausili, li cataloga, inserendoli poi in Intranet affinché i Medici prescrittori abbiano la possibilità di constatare ciò che è presente. Questi ausili sono inventariati solo secondo la classificazione internazionale ISO (Organizzazione Internazionale per gli standard), l'ISO 9999/EN 29999, ma non possiedono una scheda tecnica.

Attualmente esiste una collaborazione tra alcuni operatori del SRRF e gli altri Servizi aziendali dedicati agli ausili, il Servizio di Ingegneria Clinica e il Settore Assistenza Sanitaria Integrativa, su richiesta del Servizio di Medicina Preventiva. L'obiettivo di questa collaborazione è lo sviluppo di due progetti rivolti all'acquisto aziendale di ausili per la degenza: le carrozzine e il letto ortopedico.

La situazione che si intende conseguire

Con la presenza di un Centro Ausili, come parte integrante del Servizio di Riabilitazione, e con la nuova organizzazione si potrà avere un supporto professionale e personalizzato alla persona con disabilità, alla persona anziana, ai *caregivers* e agli operatori stessi. Gli operatori potranno interagire con il Centro mediante richieste di consulenze, informazioni ed eventi formativi di cui il Centro stesso sarà promotore. Sarà, inoltre, mezzo di divulgazione di corsi organizzati da altri enti.

Con la collaborazione del Magazzino si inseriranno, nella classificazione degli ausili in giacenza, anche le specifiche tecniche e le dimensioni di ciascun ausilio. Ciò permetterà la destinazione di questi ausili rispettando le caratteristiche fisiche dell'utente.

Il confronto con il Servizio di Ingegneria Clinica, inoltre, porterà alla costituzione di un gruppo di esperti: il singolo ausilio, con le sue caratteristiche qualitative, sarà comparato ad altri, tenendo presente il rapporto qualità/prezzo. Questa condivisione porterà miglioramenti, in particolare, nei futuri appalti aziendali.

Gli interventi previsti per conseguire tale situazione

I primi interventi necessari sono l'allestimento di un locale, già definito e che richiede minime risorse economiche per essere funzionale, e l'individuazione del personale che realizzerà il Centro InFormativo Ausili. Il Progetto dovrà essere presentato a livello aziendale, dopo l'autorizzazione del Medico Responsabile del SRRF, affinché il suo ruolo sia riconosciuto anche dagli altri Servizi, facilitando la collaborazione.

Il Centro sarà presentato al personale del SRRF attraverso un incontro informativo.

Il Personale del SRRF potrà appoggiarsi al Centro per ciò che riguarda la formazione e l'informazione sulle soluzioni assistive ma soprattutto potrà rivolgersi ad esso per l'assegnazione di ausili ad uno specifico utente.

Il destinatario dell'ausilio o i caregivers saranno accompagnati nella ricerca dello strumento adatto, nell'addestramento all'uso corretto e nella verifica finale mediante follow-up a distanza. A tale scopo è importante definire e rispettare le procedure di presa in carico del paziente.

Sarà utile, inoltre, prendere contatto con:

- Centri Ausili esistenti per confrontarsi ed eventualmente, in futuro, collaborare su nuovi progetti di ricerca e sperimentazione.
- ditte, rivenditori locali, ecc. per verificare le reali caratteristiche degli ausili e avere un aggiornamento continuo sulle nuove proposte.

La collaborazione del Centro InFormativo Ausili con il Servizio di Ingegneria Clinica produrrà un team in cui le varie figure professionali apporteranno la loro esperienza.

L'ultimo intervento, ma non meno importante, è la messa in discussione e la verifica periodica dei risultati ottenuti per apportare eventuali modifiche che possono rendere il "percorso ausili" più funzionale.

2. Premesse teoriche

All'interno del Servizio di Riabilitazione dell'ex Asl 9 manca una figura professionale di riferimento competente e aggiornata nel campo degli ausili.

Proprio in questi ultimi anni, si è assistito ad una continua e rapida evoluzione degli ausili sia come materiali sia come prestazioni, tecnologie e design. Il problema non è l'assenza di strumenti tecnologici adeguati ma le difficoltà legate alla loro identificazione, selezione, personalizzazione, training, assistenza tecnica, nonché alle barriere economiche (Andrich, 1996).

Di pari passo all'evoluzione delle soluzioni assistive aumenta la richiesta di ausili da parte dell'utenza, diventata gradualmente consapevole delle possibilità che queste tecnologie possono offrire. È necessario però un percorso che porti alla scelta dell'ausilio adatto alle proprie necessità e che sia anche adeguato al contesto in cui sarà inserito, per evitare il fenomeno dell'abbandono. Questo fenomeno non ha dati statistici precisi nella nostra Asl, ex Asl 9 Ivrea, ma spesso è riscontrato, in particolare dai fisioterapisti domiciliari.

L'aggiornamento è importante soprattutto in questo periodo di cambiamenti che questo specifico settore sta vivendo a livello sia nazionale (siamo in attesa dei nuovi LEA con il nuovo nomenclatore tariffario), sia regionale (appalti scaduti) che aziendale.

A livello aziendale si prevede una riorganizzazione del Magazzino Ausili, attivo ora nell'ex Asl 9 Ivrea, a seguito dell'unione di 3 Asl (Asl 6 di Ciriè, Asl 7 di Chivasso e Asl 9 di Ivrea) avvenuta allo 01/01/08 e della costituzione dell'**Azienda Sanitaria Locale TO4**, come da Decreto del Presidente della Giunta Regionale n.83 del 17 dicembre 2007. Mentre in ambito amministrativo è iniziata una riorganizzazione, tra i diversi Servizi Riabilitativi, invece, non è ancora stato raggiunto uno standard unificato delle procedure e dei protocolli.

Per tale motivo il lavoro svolto in quest'Elaborato, e di conseguenza l'obiettivo che esso si pone, è rivolto solo all'ex Asl 9 di Ivrea nella speranza che in futuro possa essere utile come confronto con gli altri Servizi di Riabilitazione.

La frequenza al Corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia", pertanto, vuole essere il punto di partenza per organizzare, con le risorse attuali, un "Centro Informativo Ausili", inizialmente rivolto ai soli operatori del Servizio di Recupero e Rieducazione Funzionale. Sono gli operatori che, all'interno di un progetto riabilitativo, devono essere i promotori degli ausili. Questi ultimi devono essere proposti non come sostituti del recupero motorio ma come parte integrante del progetto stesso, in un'ottica di recupero funzionale e sociale, inseriti nella realtà dell'utente.

L'operatore dovrà tener presente che l'ausilio, per essere definito terapeutico, dovrà apportare dei cambiamenti migliorativi sull'attività dell'utente (aumento della resistenza e della sicurezza, semplificazione, diminuzione dell'assistenza, ecc.). Questi cambiamenti dovranno essere oggettivi e pertanto quantificabili e dovranno inoltre consentire prestazioni stabili nel tempo poiché accompagneranno il paziente nella sua quotidianità (Ferrari, 2008).

Nel progetto europeo HEART (Horizontal European Activities in Rehabilitation Technology) si chiarisce il significato del termine ausilio definendo le Tecnologie di Ausilio come "... *tutti i prodotti, gli strumenti, le strategie, i servizi, le procedure usati da persone disabili e anziane – sia che siano prodotti in modo specifico sia che si tratti di prodotti comunemente disponibili – per prevenire, compensare, alleviare o neutralizzare la menomazione, la disabilità o l'handicap, e migliorare l'autonomia e la qualità di vita delle persone, permettendo loro di realizzare le loro piene potenzialità*" (EUSTAT, 1999b; p. 86).

Questa definizione pone l'accento sull'importanza della partecipazione attiva dell'utente. L'obiettivo del progetto riabilitativo, infatti, è il raggiungimento dell'autonomia dell'individuo: non intesa come indipendenza ma come autodeterminazione. "*La Riabilitazione non cancella i difetti né li confonde, non conduce alla normalità ma porta all'integrazione e all'indipendenza o quanto meno all'autodeterminazione*" (Ferrari, 1993): l'utente deve essere in grado di scegliere.

Il termine autonomia deve essere inteso come relazione, come “*capacità di progettare la propria vita, entrare in relazione con gli altri e con gli altri partecipare alla costruzione della società*” (Andrich e Porqueddu, 1990; Eustat, 1999b, p.21). La persona deve avere la possibilità di effettuare le proprie scelte quotidiane cercando di realizzare i propri progetti. In esse vi saranno relazioni con altri individui e un continuo confronto con l’ambiente. La capacità di interagire in questo sistema in modo adeguato, associata ad un requisito essenziale, come la motivazione, rende la persona autonoma.

Per facilitare la realizzazione dei propri sogni possono essere necessari degli aiuti, come un ambiente accessibile, l’utilizzo di ausili e l’assistenza di altre persone. Questo concetto è sintetizzato nell’equazione delle “4 A”(Andrich, 2008a):

Ambiente accessibile	+
Ausili tecnici	+
Assistenza personale	=

AUTONOMIA	

Per accessibilità si intende l’adattamento dell’ambiente alle persone: esso deve essere costruito, e i prodotti e i servizi di uso generale realizzati, in modo fruibile da parte del maggior numero possibile di persone, incluse quelle anziane e con disabilità.

Per ausili si intende l’adattamento della persona all’ambiente; grazie a tecnologie specializzate si è in grado di superare le barriere e di compensare determinate limitazioni funzionali, facilitando le attività della vita quotidiana.

A volte può essere necessaria anche l’assistenza personale come modalità di aiuto finalizzata a “... *sostenere la vita e l’inclusione nella comunità e prevenire l’isolamento e la segregazione da essa.*” (Convenzione ONU per i diritti delle persone con disabilità).

Gli elementi dell’equazione citata devono essere complementari tra loro e non alternativi uno all’altro.

Nella scelta degli ausili, affinché essi siano strumento di autonomia, si deve tener conto della loro competenza (devono svolgere realmente la funzione che ci si attende da essi), contestualità (devono essere adatti al contesto d’uso) e consonanza (devono essere in armonia con la personalità e lo stile di vita dell’utente) (Andrich, 1996).

Per ottenere ciò è indispensabile, come indicato dall’AAATE (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe), un approccio centrato sull’utente attraverso “*la conoscenza dei bisogni dell’utenza, delle implicazioni umane connesse alla messa in opera del design universale e delle tecnologie assistive, dell’impatto delle soluzioni assistive sulla vita delle persone.*”

I temi principali in merito sono:

- *Ampliare le conoscenze rispetto ai bisogni degli utenti*
- *Ampliare le conoscenze rispetto alle esigenze di altri attori (es. assistenti formali e informali)*
- *Abbinamento tra tecnologia, persona e ambiente*
- *Misura dell’outcome*
- *Usabilità di prodotti e servizi*
- *Partecipazione dell’utente nella progettazione di tecnologie assistive*
- *Influenza dell’utente nel processo decisionale che porta alla scelta della soluzione assistiva”* (AAATE, 2005; p.5).

Il termine usabilità racchiude un insieme di fattori che determinano l’apprezzamento dell’ausilio da parte dell’utente perché progettato secondo i principi di efficacia, efficienza, sicurezza e comfort (EUSTAT, 1999b).

Alla fine del processo di valutazione e scelta degli ausili è opportuno fare una verifica dell’outcome. Per quanto riguarda la misurazione dei risultati si deve utilizzare una scala oggettiva e quantificabile. In questo, poco ci aiuta la scala FIM (Functional Independence Measure, 1992) che non risulta sensibile all’uso degli ausili.

Al contrario può essere utile la classificazione biopsicosociale ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, 2001) che descrive “*la situazione di ciascuna*

persona all'interno di una serie di domini della salute o degli stati ad essa correlati. La descrizione viene sempre effettuata all'interno del contesto dei fattori ambientali e personali” (ICF, 2001; p.15.)

E' una visione innovativa in cui non si classificano le patologie e le loro conseguenze, ma si parla di una condizione di salute dell'individuo che, in un ambiente sfavorevole, diventa disabilità.

Così le funzioni e le strutture e di conseguenza le attività e la partecipazione sostituiscono nell'ICF i termini *menomazione, disabilità e handicap* dell'ICIDH (1980) dell'Organizzazione Mondiale della Sanità. La valutazione ICF permette la descrizione anche di elementi positivi, sottolineando l'azione facilitante che un ausilio può avere sulla situazione di disabilità.

Per concludere il percorso ausili, risulta necessaria l'analisi di tutto il processo. Essa passa attraverso la verifica dell'*efficacia* (livello di conseguimento degli obiettivi prefissati) e dell'*utilità* dell'ausilio (valore percepito dall'utente degli obiettivi raggiunti) (EUSTAT, 1999a) senza sprechi di risorse; bisogna valutare la soddisfazione dell'utente anche rispetto al Servizio che ha proposto questi ausili e alla semplicità di accesso ad esso, valutare a distanza il reale utilizzo dell'ausilio per evitare il fenomeno dell'abbandono, verificare con la registrazione dei dati le prescrizioni eseguite e le difficoltà riscontrate, per confrontarsi con altri operatori e/o utenti che utilizzano già determinate soluzioni assistive, al fine di ottenere nuove prospettive.

Alcuni strumenti di valutazione dell'outcome riferibili agli ausili e validati in ambito internazionale sono:

- il QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technologies) che misura la soddisfazione dell'utente (quindi l'utilità) rispetto all'ausilio e al servizio che l'ha fornito;
- il PIADS (Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale) che misura l'impatto psicosociale dell'ausilio. È utile per capire se si è realmente creato un cambiamento nella qualità della vita;
- l'IPPA (Individual Prioritised Problem Assessment) adatto per concordare gli obiettivi e verificare e quantificare in che misura essi siano stati risolti.

Il riscontro del lavoro eseguito dal Centro mediante le valutazioni sopra descritte sarà un momento essenziale di autocritica, per un'ulteriore revisione delle procedure, e di stimolo per migliorare il servizio offerto, in base alle esigenze e alle richieste dell'utenza e del personale.

La stesura di questo progetto ha permesso la focalizzazione dei problemi inerenti alla prescrizione degli ausili e alla loro gestione in ambito Asl e lo sviluppo di obiettivi mirati.

La realizzazione di tale progetto perciò coinvolgerà principalmente il SRRF.

Il Centro vuole però presentarsi anche a livello aziendale come consulente tecnico competente sugli ausili. La collaborazione con gli altri Servizi dell'Asl migliorerà la funzionalità delle prescrizioni, poiché queste interessano più Settori.

3. Contesto

Contesto geografico

L'ex Asl 9 di Ivrea è situata nella parte nord-occidentale del Piemonte, nella provincia di Torino ai confini con la Valle d'Aosta. Comprende 108 Comuni che si distribuiscono in un territorio che varia dai 200 m s.l.m. della pianura ai 4000 m s.l.m. delle alte vette del Gran Paradiso.

Contesto socio-culturale

La grande diversità esistente tra le varie zone di questo territorio, dalla pianura alle alte vallate alpine, ha sempre reso l'economia quanto mai varia; in passato in particolare in pianura prevaleva l'agricoltura con vigneti (famosi il vino bianco Erbaluce e il liquoroso Passito), cereali, foraggi, ecc. mentre nelle vallate vi era un'economia agricolo-pastorale che si accentuava con l'aumento dell'altitudine (vigneti, cereali, boschi, allevamento di bovini e ovini). Data l'abbondanza delle acque, furono costruiti importanti impianti idroelettrici che hanno consentito, nella seconda metà del secolo scorso, il nascere di industrie, soprattutto meccaniche e tessili.

Da non dimenticare l'importanza che ha avuto sull'economia del territorio l'Olivetti di Ivrea che, all'avanguardia nelle sue politiche sociali verso i dipendenti (asilo nido, colonie estive, contributi per le spese sanitarie, ecc.), ha offerto lavoro a migliaia di persone.

L'industrializzazione ha portato alla riduzione dell'attività agricola e a un graduale abbandono dei centri abitati più isolati che spesso ora riprendono vita solo nel periodo estivo.

Alla fine del secolo scorso però con la chiusura dell'Olivetti l'economia del territorio ha subito una inevitabile trasformazione. Anche le ditte minori, con la crisi generale, a fatica oggi riescono a sopravvivere e le prospettive per i giovani sono scarse.

Le abitazioni presenti in questo territorio sono caratteristiche e sono spesso testimonianza di antichi borghi medioevali all'interno di suggestivi ricetti. Eccetto le costruzioni più recenti, della seconda metà del secolo scorso, era tipica la costruzione su più livelli con passaggi e scale di dimensioni ridotte e con bagni spesso esterni alle abitazioni. Tuttora non è raro ritrovare queste condizioni abitative in particolare nei centri storici e nelle borgate più piccole o isolate.

Il problema delle barriere architettoniche per il Servizio Riabilitativo, nella prescrizione degli Ausili, è pertanto frequente.

Contesto istituzionale

L'ex Asl 9 tutela il diritto alla salute dei cittadini secondo i Livelli Essenziali di Assistenza sanitaria (LEA) che sono stati definiti con il Decreto del Presidente del Consiglio dei ministri del 29 novembre 2001 "Definizione dei livelli essenziali di assistenza", entrato in vigore il 23 febbraio 2002 e che sono organizzati in tre settori:

- prevenzione collettiva e sanità pubblica
- assistenza distrettuale
- assistenza ospedaliera

Nell'aprile 2008 i LEA, in base all'intesa Stato-Regioni del 5 ottobre 2006 "Patto sulla salute" e alla legge 296 del 27 dicembre 2006 sono stati ridefiniti con il Decreto del Consiglio dei Ministri del 26 aprile 2008 che avrebbe dovuto sostituire integralmente il Decreto del 2001 ma tuttora tale documento è "*in via di rielaborazione presso il Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali*" per le "*riserve, espresse dalla Corte dei Conti, circa la copertura finanziaria del provvedimento*" (Giacobini, 2008, www.handylex.org).

L'assistenza ospedaliera nell'ex Asl9 Ivrea è garantita da 3 presidi situati rispettivamente ad Ivrea, Cuornè e Castellamonte.

Il Servizio Riabilitativo è suddiviso secondo l'età dell'utente in Servizio di Neuropsichiatria Infantile, rivolto all'età infantile, e in Servizio di Recupero e Riabilitazione Funzionale (SRRF), rivolto all'età adulta.

Sono due servizi ben distinti sia a livello di strutture presenti sul territorio sia a livello di personale.

Il progetto esposto in questo Elaborato è rivolto al SRRF.

Il servizio di recupero e riabilitazione funzionale (SRRF)

Il SSRF opera nei 3 presidi ospedalieri presenti nel territorio, situati ad Ivrea, Cuornè e Castellamonte, e in 5 sedi ambulatoriali.

Nel presidio ospedaliero di Castellamonte, in particolare, è presente il Reparto del SRRF con 20 posti letto e i dipendenti di questo Reparto, al 30/06/08, sono così suddivisi:

QUALIFICA	UNITA'
Dirigente medico	1
Coll. Prof. San. Esp. Infermiere coordinatore	1
Collab. Prof.le Sanit. Infermiere	11
Coll. Prof. San. Esp. Fisioterapista Coord.	1
Collab. Prof. Sanit. Fisioterapista	3
Coll. Prof. San. Esp. Logopedista Coord.	1
Collab. Prof. Sanit. Logopedista	1
Operatore socio-sanitario	9
Ausiliario Specializzato socio-ass.le	1
Infermiere Generico Esperto	2
TOTALE	31

Nella sua totalità il SSRF dell'ex Asl 9, sempre in data 30/06/08, comprende:

QUALIFICA	UNITA'
Dirigente medico Direttore	1
Dirigente medico	8
Coll. Prof. San. Esp. Infermiere coordinatore	1
Collab. Prof.le Sanit. Infermiere	17
Coll. Prof. San. Esp. Fisioterapista Coord.	4
Collab. Prof. Sanit. Fisioterapista	25
Collab. Prof. Sanit. Fisioterapista 70%	3
Collab. Prof. Sanit. Fisioterapista 50%	1
Collab. Prof. Sanit. Fisioterapista 30%	1
Coll. Prof. San. Esp. Logopedista Coord.	1
Collab. Prof. Sanit. Logopedista	4
Coll. Prof. San. Massofisioter. Non Ved.	1
Massofisioterapista Esperto	1
Operatore socio-sanitario	9
Ausiliario Specializzato socio-ass.le	2
Infermiere Generico Esperto	8
Coadiutore Amm.vo Esperto	4
Commesso	1
TOTALE	92

Esiste inoltre un servizio Riabilitativo domiciliare coordinato dal SRRF aziendale ma attuato da terapisti dipendenti dell'impresa multi servizio C.M. Service PlanetPlus. Il numero complessivo dei terapisti domiciliari è di 5 unità.

4. Bacino d'utenza

L'Asl 9 comprende 108 Comuni del Canavese per un totale circa di 191.600 abitanti al 31-12-07, distribuiti come riportato nello schema sottostante.

ETA'	0-6	7_14	15-50	50-60	60-64	65-75	oltre 75	totale
Femmine	5309	6108	41615	14656	4726	13276	13066	98756
Maschi	5761	6398	42603	14685	4658	11736	7024	92865
TOTALE	11070	12506	84218	29341	9384	25012	20090	191621

Tab. 1 Popolazione dell'ex Asl 9 al 31.12.07 suddivisa per fasce d'età e sesso.

Per avere un conteggio più dettagliato nelle varie classi d'età quinquennali si possono osservare i dati relativi alla situazione aggiornata al dicembre 2005; data in cui la popolazione era pari a 188.583 abitanti. Ciò che emerge dal confronto dei dati delle due rilevazioni è l'aumento considerevole della popolazione totale avuto in questi due anni; aumento pari a 3000 persone: incremento da attribuirsi a un aumento dell'immigrazione, in particolare dall'Est Europeo.

Classi d'età (quinquennali)	%Maschi	%Femmine	%Totale
0-4	4,43	3,84	4,13
5-9	4,26	3,87	4,06
10-14	4,22	3,82	4,02
15-19	4,40	3,89	4,14
20-24	4,73	4,19	4,45
25-29	5,87	5,38	5,62
30-34	7,57	6,97	7,26
35-39	8,21	7,46	7,83
40-44	8,23	7,54	7,88
45-49	7,43	6,95	7,18
50-54	7,08	6,56	6,81
55-59	7,57	7,01	7,28
60-64	6,18	5,96	6,07
65-69	6,60	6,61	6,61
70-74	5,16	6,02	5,60
75-79	4,08	5,73	4,93
80-84	2,53	4,61	3,60
85-89	0,98	2,01	1,51
= + 90	0,47	1,57	1,04
Totale	100,00	100,00	100,00

Tab. 2 Popolazione residente nell'anno 2005 suddivisa per classi d'età e sesso.

	2003	2004	2005
Tasso di natalità	8,20	8,60	8,10
Tasso di mortalità	12,80	11,50	12,20
Tasso di cresc. naturale	-4,60	-2,90	-4,10
Tasso di immigrazione	46,90	43,20	41,00
Tasso di emigrazione	32,80	37,20	34,80
Tasso migratorio netto	14,10	6,00	6,20
Indice di vecchiaia	189,00	189,80	191,00
Indice di dipendenza	52,90	54,10	55,00
Indice di struttura	115,40	117,80	120,20
Indice di ricambio	162,70	155,50	146,70
Indice di carico	18,20	18,70	18,90
Indice di fecondità	74,20	78,10	74,50
Rapporto di mascolinità	93,70	93,80	94,00
Età media	44,60	44,80	44,90
Età mediana	45,00	45,00	45,00
Età media maschile	42,90	43,00	43,10
Età mediana maschile	43,00	43,00	43,00
Età media femminile	46,30	46,40	46,50
Età mediana femminile	46,00	47,00	47,00

Tab. 3

Indicatori demografici relativi al periodo 2003-2005: INDICE DI VECCHIAIA = rapporto fra la popolazione con più di 64 anni e la popolazione appartenente alla classe di età 0-14; INDICE DI DIPENDENZA STRUTTURALE = rapporto fra la somma della popolazione nella fascia di età compresa fra 0 e 14 anni e maggiore di 64 anni e la popolazione in età compresa fra i 15 e i 64 anni; INDICE DI RICAMBIO = rapporto fra la popolazione nella fascia di età compresa fra i 60 e i 64 anni e la popolazione in età compresa fra i 15 e i 19 anni.

L'indice di dipendenza e l'indice di anzianità in aumento negli anni registrati evidenziano il progressivo aumento degli anziani, fascia d'età molto delicata nella gestione dell'autonomia. La personalizzazione degli ausili deve avvenire nel rispetto del loro vissuto e del loro stato psicologico cercando di non far vivere l'ausilio come stigma della patologia.

5. Situazione iniziale

Attualmente la fornitura degli ausili previsti dal Nomenclatore Tariffario ministeriale avviene mediante la prescrizione specialistica redatta sull'apposito modulo da parte dei Medici Prescrittori, i fisiatristi del SRRF.

La modalità per ottenere una prescrizione ausili varia in base al tipo di utente differenziando utenti ricoverati presso le strutture ospedaliere proprie dell'ASL e utenti residenti presso il proprio domicilio o Case di Riposo.

I pazienti ricoverati sono presi in carico dal fisioterapista: all'interno di un progetto riabilitativo, mediante la valutazione dell'utente e il colloquio con i caregivers e in base alle proprie competenze ed esperienze personali, propone al Medico Prescrittore gli ausili necessari. Sono di competenza medica la verifica delle proposte e la prescrizione finale.

Se non fossero sufficienti le informazioni fornite dall'utente o dai caregivers sulla situazione ambientale o su eventuali barriere architettoniche (che condizionerebbero il rientro a domicilio o limiterebbero l'utilizzo degli ausili), viene richiesta una planimetria dell'abitazione. Se ritenuta insufficiente viene eseguita una verifica domiciliare da parte del terapeuta o del medico.

Nel caso di utenti al proprio domicilio la prescrizione viene eseguita dal Medico Prescrittore su richiesta del Medico di Base previo appuntamento, anche solo telefonico, a una delle Segreterie del Servizio RRF. In tale sede l'utente deve giungere con la documentazione in suo possesso cosicché il Medico Prescrittore dopo un'accurata valutazione possa procedere alla prescrizione.

Se tale valutazione richiede maggior tempo, il Medico può avvalersi della collaborazione di un terapeuta che prende in carico l'utente e che valuta, con un numero di sedute variabili, gli ausili adeguati. Se gli ausili individuati sono presenti presso la struttura in cui viene eseguita la valutazione (es. sollevamalai del Reparto), vengono provati e il terapeuta addestra l'utente o i caregivers al loro utilizzo.

Negli anni passati per la valutazione dell'appropriatezza degli ausili furono studiate apposite schede (**vedi strumenti di lavoro: allegati 2-6**) per sottolineare e registrare gli aspetti e le misurazioni più importanti nella scelta dell'ausilio. A oggi queste schede sono inutilizzate, fatta eccezione per la scheda sui materiali antidecubito (materassi e cuscini).

Data la presenza, all'interno dell'ASL, di un Magazzino che ricicla gli ausili sanificandoli, la Prescrizione può seguire due vie.

Il Medico Prescrittore tramite la rete Intranet (solo i medici hanno la password per accedere a questo servizio) può accertarsi della presenza o meno dell'ausilio prescelto all'interno del Magazzino (vedi tab. 5) e destinarlo allo specifico utente. La Prescrizione effettuata, in caso di risultato positivo, offre all'utente la possibilità di ritirare, presso il Magazzino, l'ausilio assegnato senza la necessità del collaudo, previa la sola autorizzazione del Settore Assistenza Sanitaria Integrativa presente in 3 sedi: Ivrea, Cuorgnè e Caluso.

Nel secondo caso, se l'ausilio non fosse presente in Magazzino, si compila la Prescrizione per un ausilio nuovo e la procedura per la sua consegna risulta più complessa.

L'utente, con la Prescrizione, può rivolgersi a un rivenditore di sua fiducia per ottenere un preventivo. Deve quindi recarsi al Settore Assistenza Sanitaria Integrativa dell'ASL per l'autorizzazione, avvenuta la quale l'utente, o chi per esso, dovrà tornare dal rivenditore per la consegna dell'ausilio e quindi dal Medico Prescrittore per il suo collaudo.

Il Magazzino Ausili dell'ex Asl9 è gestito dal Servizio Ingegneria Clinica dell'Asl. Questo Servizio, inoltre, gestisce e coordina gli acquisti di ausili per il Magazzino stesso o per un loro utilizzo all'interno dell'Azienda.

Gli ausili prescritti nell'anno 2007 sono riportati nella tabella sottostante senza però, dato che sarebbe più significativo, una descrizione particolareggiata degli ausili (es. quali tipologie di materasso sono state prescritte? Quante carrozzine prescritte sono manuali, a spinta o auto spinta, e quante sono a motore?, ecc.). Allo stesso modo non è stato possibile avere dati degli anni precedenti da poter confrontare per valutare l'eventuale variazione di richieste di ausili negli anni.

	DESCRIZIONE	NUMERO Acquisti esterni	NUMERO Magazzino + consegna diretta	N. TOTALE FORNITURE	SPESA ACQUISTI ESTERNI	NOTE
03	Materassi	173	778	951	48.229,46	
	Cuscini	270	442	712	47.442,00	
	Aspiratori	4	49	53	2.363,22	
	Altro (aggiuntivi)	250	-	250	408.213,25	Nolo Prov. 398.799,24
06	Ortesi, protesi, calzature, ...	5.057	-	5.057	609.298,61	
09	Rialzo wc/sedia doccia	37	46	83	14.713,26	
	Prod. X colo-urostomia	182.063	-	182.063	395.401,19	
	Ausili incontinenza	1.203.746	3.351.000	4.554.746	589.675,27	(escluso)Silc 707.861,399
	Altro	154	-	154	2.258,26	
12	Carrozze	338	840	1.178	234.359,02	
	Girelli	284	353	637	29.621,35	
	Sollevatori	16	104	120	24.111,22	
	Altro (aggiuntivi, supporti, stampelle, ...)	1.486	-	1.486	117.413,88	
18	Letto	89	618	707	30.533,66	
	Montascale	1	32	33	3.150,39	
	Traverse	153.770	628.935	782.705	46.969,89	(escluso)Silc 132.757,06
	Altro (aggiuntivi)	670	-	670	208.082,67	
21	Prot. Acustiche, ausili ipovedenti/prot.cocleari	2065	-	2.065	555.742,54	
24	Movimentaz. letti	6	-	6	628,79	
	TOTALE	1.550.479	3.983.197	5.533.676	3.368.207,93 4.208.826,39(+SILC)	

Tab. 4 Ausili prescritti nell'anno 2007

I principali aspetti critici della situazione attuale sono:

- a. l'assenza di un punto di riferimento competente che abbia la possibilità di avere informazioni e aggiornamenti sugli ausili per conoscere ciò che il mercato, in costante evoluzione, offre;
- b. la gestione degli ausili e del Magazzino. La presenza di ausili in giacenza a volte condiziona le scelte per cui si opta per un ausilio disponibile. In Intranet (vedi tab.5) sono forniti pochi dati sulle caratteristiche dell'ausilio (es. manca la larghezza della seduta delle carrozzine). Il Magazzino, in attesa di nuovi accordi Stato-Regione circa il nuovo Nomenclatore Tariffario (appalti scaduti e non rinnovati), spesso offre solo ausili datati o con scarse indicazioni d'utilizzo (carrozze con ruote grandi anteriori);

- c. non esistendo un Centro Ausili non c'è la possibilità di avere ausili in prova e occasionalmente ci si avvale di ausili dati in prestito d'uso da parte dei rivenditori presenti nel territorio;
- d. i rivenditori sono scelti dall'utente come fornitori della prescrizione (se al di fuori di prescrizioni da Magazzino o appalti Regionali); offrono solo la gamma di prodotti da loro rappresentati e, per ovvi interessi economici, non è garantita l'obiettività;
- e. la mancanza della figura professionale del Terapista Occupazionale contribuisce all'insufficiente conoscenza degli ausili, in particolare nell'ambito delle AVQ (Attività della Vita Quotidiana). L'utente non può verificare la reale utilità di tali ausili data la loro assenza nel nostro Servizio. Il nuovo nomenclatore, se rimarrà tale dopo l'attuale fase di revisione, prevede ausili per le attività della vita quotidiana e questo sarà un ulteriore incentivo per colmare le carenze formative del personale riabilitativo.

NOMENCLATORE	DESCRIZIONE PRESIDIO	DISPONIBILITA'
12.06.09.006	DEAMBULATORE CON FRENO DI STAZIONAMENTO SU DUE RUOTE	1 Disp.
12.06.09.106	SEDILE RIGIDO E IMBOTTITO	
12.06.09.109	REGOLAZIONE DELLA BASE IN ALTEZZA	
12.21.03.003	CARROZZINA A TELAIO RIGIDO (COMODA) MANOVRABILE DALL'ACCOMPAGNATORE	2 Disp
12.21.03.006	CARROZZINA A TELAIO RIGIDO (COMODA) RECLINABILE	1 Disp.
12.24.06.175	VARIAZIONE LARGHEZZA DEL SEDILE SUPERIORE A CM. 45	
12.21.06.037	CARROZZINA PIEGHEVOLE RIBASSATA TELAIO STABILIZZANTE PER ADULTI	1 Disp.
12.24.03.109	PEDANA AD INCLINAZIONE REGOLABILE CON REGGIGAMBA REGOLABILE IN ALTEZZA	
12.24.06.157	SCHIENALE PROLUNGATO	
12.24.06.163	SCHIENALE REGOLABILE IN INCLINAZIONE	
12.24.06.166	SEDILE FORATO CON DISPOSITIVO WC	

Tab. 5 Ausili, con descrizione degli aggiuntivi, presenti in Magazzino.

6. Obiettivi del progetto

L'obiettivo di questo progetto è quello di creare, nell'ex Asl 9, un punto di riferimento nel "percorso ausili". Sarà rivolto in particolare agli operatori del Servizio e alle loro necessità per:

- essere aiutati, partendo dal bisogno espresso dall'utente o dalla famiglia, a fornire una soluzione adeguata con un addestramento mirato e un follow-up;
- sensibilizzarli, informarli ed educarli alla scelta degli ausili in quanto:
 - la riabilitazione e il progetto riabilitativo non possono ridursi ad un semplice recupero motorio ma è necessario che, nel processo il cui obiettivo è il recupero funzionale, siano consigliati gli strumenti adatti;
 - gli ausili devono essere utilizzati in una logica di promozione della persona calando queste tecnologie nel contesto dell'utente;
 - l'ausilio non deve essere vissuto come un ostacolo al ritorno alla vita indipendente o come rinuncia alle possibilità di un miglioramento motorio ma come aiuto al raggiungimento dell'autonomia. Promuovere la motivazione e l'accettazione dell'ausilio è un compito importante che l'operatore deve svolgere all'interno del progetto riabilitativo;
- migliorare le procedure e i servizi connessi ad esse all'interno dell'Asl collaborando con altri Servizi (Servizio di Ingegneria Clinica e Settore Assistenza Integrativa di Base).

Il risultato di questa proposta è la crescita del personale, per ottenere la migliore personalizzazione degli ausili. La partecipazione dell'utente sarà utile al fine di prevenire il fenomeno, così frequente, dell'abbandono degli ausili.

Per realizzare questo progetto sarà necessario:

- destinare un locale dedicato;

- individuare gli operatori che si dedicheranno al Centro e programmare la loro formazione;
- definire le procedure di presa in carico dell'utente;
- prendere contatti con centri ausili, ditte produttrici e rivenditori locali per avere un confronto e un continuo aggiornamento sulle proposte di mercato;
- prendere contatti con l'Ingegneria Clinica per una collaborazione nella gestione del Magazzino in particolare sui parametri necessari per definire le caratteristiche di un ausilio nell'inventario;
- informare e formare il Personale del SRRF;
- approfondire tematiche riguardanti gli ausili, richieste dagli operatori del Servizio di Riabilitazione;
- organizzare un incontro informativo-formativo, in particolare rivolto al Personale della Degenza, sugli ausili per la vita quotidiana per approfondire e valutare eventuali acquisti;
- collaborare con gli altri Servizi dell'ASL coinvolti nel campo degli ausili:
 - Servizio Assistenza Integrativa Sanitaria
 - Ingegneria Clinica
 - l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico)

7. Articolazione del progetto

Destinazione di un locale dedicato

Il locale è stato individuato nella palestra 4 nell'ambulatorio dell'ospedale di Castellamonte. La scelta del luogo è stata indirizzata dalla presenza del Reparto di Riabilitazione in questa struttura e dalla centralità rispetto al territorio. Risulta, inoltre, essere facilmente accessibile essendo una struttura di recente costruzione.

La stanza è confortevole sia strutturalmente sia a livello di luminosità con un lettino regolabile in altezza e un bagno accessibile e attrezzato. Per un eventuale deposito ausili vi è una stanza adiacente che è tuttora inutilizzata.

Sono presenti una postazione di lavoro con computer e stampante, linea telefonica e una libreria con classificatori.

Dovrà essere attivato il collegamento ad Internet e acquistati uno scanner e un kit di attrezzi per la regolazione degli ausili. Fax e fotocopiatrice sono disponibili nella segreteria dell'ambulatorio del SRRF che è situata nello stesso piano poco distante dal futuro **Centro InFormativo Ausili**.

Questo locale può essere operativo in tempi brevi.

Individuazione degli operatori coinvolti e loro formazione

Inizialmente, a causa della necessità di utilizzare le risorse umane esistenti, l'équipe sarà costituita da:

- un medico fisiatra responsabile del Centro
- una fisioterapista.

Le figure professionali o i servizi che saranno coinvolti in alcune consulenze o progetti sono:

- l'Ingegneria Clinica
- i Servizi Sociali (per un reinserimento sociale e/o lavorativo),
- la psicologa (per la valutazione della motivazione e dell'accettazione).

Il fisiatra è un medico prescrittore, con competenza in materia, che in passato ha frequentato il corso sugli ausili organizzato dal SIVA.

La fisioterapista, oltre ad avere esperienza nell'ambito degli ausili, ha partecipato al Corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia" nell'anno 2007/08. Questo corso ha offerto una panoramica su ausili, legislazione, bibliografia, linee guida, ecc. stimolando a ricercare nuovi

approfondimenti e valutazioni sugli ausili. Così è nata la scelta di una frequenza settimanale, nel periodo estivo, presso il Servizio Informazioni e Valutazione Ausili del Centro Don Gnocchi di Torino.

Negli ultimi anni altre due terapisti si sono dedicate agli ausili (ad esempio per l'elaborazione di schede valutative o per la definizione, su richiesta dell'Ingegneria Clinica e della Medicina Preventiva, delle specifiche tecniche di una "carrozzina" che l'Azienda avrebbe acquistato per un utilizzo in regime di ricovero ospedaliero). In futuro sarà necessario il loro coinvolgimento per evitare che il progetto sia condizionato dall'eventuale assenza del singolo operatore.

Fondamentale sarà il continuo aggiornamento e il confronto con altre realtà presenti nel territorio piemontese. In quest'ottica sarà proficua la partecipazione al corso "Semplificazione e miglioramento della qualità in ambito protesico", proposto dalla Regione Piemonte per il prossimo 16 dicembre a Torino. Il corso è organizzato dal Settore Assistenza Extra Ospedaliera della Regione Piemonte in collaborazione con ASL CN1 ed ha l'obiettivo di favorire la semplificazione dei percorsi prescrittivi, aumentare il livello di appropriatezza prescrittiva e favorire il controllo della spesa.

Utile sarà la prosecuzione della frequenza bimestrale presso il Centro Ausili Don Gnocchi di Torino così come il confronto con le ditte produttrici o i rivenditori locali.

È prevista inoltre la partecipazione a corsi di approfondimento su specifici argomenti. Il corso "La carrozzina e i sistemi posturali" è in fase organizzativa presso la nostra Asl. Si prospetta anche la possibilità di confezionamento di splints statici e dinamici da parte del Centro Ausili e gli operatori dovranno partecipare a un corso specifico. Infine sarà organizzato un corso sugli ausili per le AVQ.

Il periodo di formazione previsto è di 4-5 mesi.

In seguito la scelta dei corsi di aggiornamento sarà fatta in base alle esigenze del Centro.

In futuro con il coinvolgimento di altri operatori, sarà necessaria la loro frequenza al Corso sulle "Tecnologie per l'autonomia" organizzato dalla Fondazione Don Gnocchi in collaborazione con l'Università del Sacro Cuore.

Presa in carico dell'utente

Segnalazione

Avviene da parte del Personale del SRRF tramite contatto telefonico o scheda di accesso al Centro (***vedi strumenti di lavoro: allegato 1***). In essa sono annotate le informazioni utili alla consulenza.

Consulenza: fase di valutazione

- Valutazione motoria e funzionale
- Valutazione dei bisogni dell'utente (Eustat, 1999) (***vedi strumenti di lavoro: allegati 7-8***)
- Verifica della condivisione delle richieste da parte dei familiari o dei care-givers
- Valutazione ambientale
- Definizione degli obiettivi e delle priorità d'intervento
- Valutazione delle caratteristiche fisiche dell'utente rispetto all'ausilio richiesto (***vedi strumenti di lavoro: allegati 2-6***).

Consulenza: fase esecutiva

- Ricerca delle informazioni necessarie
- Proposte di soluzioni con eventuali comparazioni di ausili (Batavia-Hammer, 1990) (***vedi strumenti di lavoro: allegato 12***)
- Organizzazione per eventuali sopralluoghi, prove di ausili, ecc. La consulenza potrebbe richiedere più incontri al fine di individuare l'ausilio adatto all'utente, alle sue necessità, alla situazione socio-familiare e all'ambiente in cui l'utente vive.

Relazione sull'avvenuta consulenza da inviare al richiedente (***vedi strumenti di lavoro: allegato 11***)

- Considerazioni generali e valutazioni
- Elenco ausili verificati e risultati di tali prove
- Definizione dell'ausilio ritenuto idoneo

Addestramento all'uso dell'ausilio

Verifica dell'efficacia dell'ausilio attraverso gli strumenti

© QUEST (L.Demers, R.Weiss-Lambrou, B.Ska, 2000)

© IPPA (Wessels et al.2000)

(vedi strumenti di lavoro: allegati 9-10)

Follow-up a distanza da concordare con il Centro

Registrazione delle consulenze in un database del Centro -mediante software del CIC (Centro Informativo Canavesano) già operante nell'Asl9

Il Centro sarà funzionante il giovedì dalle 8.30 alle 13.30.

Contatti con centri ausili, ditte produttrici e rivenditori locali

- Frequenza bimestrale presso Centro Ausili Don Gnocchi di Torino per ottenere informazioni dirette, evitando condizionamenti economici, da parte di un Servizio con grande esperienza. In futuro si potrà collaborare in progetti di ricerca.
- Incontri con ditte produttrici per avere materiale informativo cartaceo o digitale ma soprattutto per avere la possibilità di provare personalmente gli ausili e valutare le caratteristiche, e le criticità, che l'ausilio presenta.
- Incontri con i rivenditori locali per avere materiale informativo e per verificare gli ausili di ditte produttrici che per problemi organizzativi e/o logistici non è possibile visitare.
- Raccolta di materiale informativo cartaceo, informatico, ecc. con la creazione di un archivio cartaceo suddiviso in:
 - ✓ ausili
 - ✓ adattamento dell'ambiente
 - ✓ legislazione
 - ✓ articoli o pubblicazioni
 - ✓ informazioni sulla ricerca
- Creazione di un database con i più importanti siti relativi agli ausili e alle problematiche ad essi connesse (ditte produttrici, agevolazioni fiscali, legislazione, centri ausili, ecc.)

Il rapporto diretto con le ditte produttrici e i rivenditori locali servirà a far conoscere questo progetto affinché siano loro stessi validi informatori e promotori di iniziative per migliorare il Servizio.

Si stima, nel limite di tempo concesso settimanalmente al Centro InFormativo Ausili, una progettazione di 2-3 mesi.

Collaborazione con il Servizio di Ingegneria Clinica

Il periodo di cambiamento che attraversiamo è favorevole per potersi confrontare con l'Ingegneria Clinica che, nella sua riorganizzazione, potrà dare voce anche al Centro InFormativo Ausili.

Prioritaria è l'evidenziazione dei parametri necessari per la definizione degli ausili presenti in Magazzino.

Un primo intervento dovrebbe essere fatto sulla classificazione degli ausili in giacenza. La videata, sulla rete Intranet, che dovrebbe apparire al Medico Prescrittore dovrebbe indicativamente avere questo aspetto:

12.21.06.037	CARROZZINA PIEGHEVOLE RIBASSATA TELAIO STABILIZZANTE PER ADULTI L 42 P 40 A 36 RA 4" RP 22" PN PA B P PR P A WC
12.24.03.109	PEDANA AD INCLINAZIONE REGOLABILE CON REGGIGAMBA REGOLABILE IN ALTEZZA
12.24.06.157	SCHIENALE PROLUNGATO
12.24.06.163	SCHIENALE REGOLABILE IN INCLINAZIONE
12.24.06.166	SEDILE FORATO CON DISPOSITIVO WC

LEGENDA

L = larghezza **P** = profondità **A** = altezza **DC** = doppia crociera
RA (ruote anteriori) e **RP** (ruote posteriori): diametro, **PN** = pneumatiche **P** = piene
PA (parti asportabili) **B** = braccioli, **P** = pedane, **RP** = ruote posteriori
PR (parti regolabili) **B** = braccioli, **P** = pedane, **RP** = ruote posteriori, **S** = seduta
A (accessori) **PG** = poggiatesta, **T** = tavolino, **WC** = foro wc
B = braccioli **A** = asportabili, **RI** = ribaltabili, **RE** = regolabili in altezza

Tab. 6 Nuova classificazione degli ausili, con la descrizione degli aggiuntivi, presenti in Magazzino.

Il Servizio di Ingegneria Clinica si occupa di due tipologie di ausilio: per il Magazzino e per un utilizzo aziendale. Indichiamo gli interventi necessari.

Per il Magazzino:

1. fare un inventario degli ausili specificandone le caratteristiche;
2. in collaborazione con il Centro InFormativo Ausili definire le specifiche tecniche che gli ausili necessitano, al fine di eliminare quelli ormai obsoleti;
3. puntualizzare le specifiche tecniche necessarie ad un ausilio per eventuali nuovi acquisti. Nelle gare d'appalto deve essere inclusa la possibilità di una verifica pratica, da parte del Centro, delle caratteristiche dell'ausilio mediante un periodo di prova con valutazione comparativa secondo Batavia e Hammer (**vedi strumenti di lavoro: allegato 12**).

Per un utilizzo aziendale:

1. costituire un gruppo di lavoro comprendente più figure professionali (responsabile dell'Ingegneria Clinica, un referente della Medicina preventiva, un infermiere, un fisioterapista responsabile del corso sulla movimentazione del malato, un operatore del Centro InFormativo Ausili) al fine di definire le specifiche tecniche di ausili da richiedere nelle gare d'appalto che saranno istituite;

2. verificare la corrispondenza delle proposte pervenute;
3. verificare mediante periodo di prova di almeno tre proposte differenti con una comparazione secondo Batavia e Hammer (1990) (**vedi strumenti di lavoro: allegato 12**).

I tempi e le modalità per tale intervento sono collegati al periodo necessario alla costituzione del gruppo di lavoro e alla definizione delle procedure.

Organizzazione di incontri formativi per gli operatori del SRRF

- Presentazione del progetto
- Pubblicizzazione di eventi formativi di altri enti, associazioni, ditte produttrici, ecc.
- Incontri mensili con ditte produttrici o distributori su specifiche classi di ausili in base alle richieste del personale stesso (il Centro deve essere interattivo col personale).
- Sviluppo di progetti di ricerca o sperimentazione
- Presentazione di progetti di ricerca nazionali o internazionali
- Corso formativo annuale accreditato

Corso formativo per l'anno 2009

Titolo dell'evento formativo: L'AUTONOMIA POSSIBILE: GLI AUSILI NELLE ATTIVITA' DELLA VITA QUOTIDIANA

Durata dell'attività formativa: 2 giorni con ore 16 complessive

Numero massimo di partecipanti: 35

di cui 5 medici fisiatristi

18 fisioterapisti

12 altre professioni operanti nel Reparto Riabilitativo di 2° livello (infermieri professionali, operatori socio-sanitari, ausiliari specializzati socio-assistenziali e infermieri generici esperti)

Docenti: Terapisti Occupazionali; counsellor e altre figure competenti in ambito ausili (ditte produttrici, ecc.).

Il metodo d'insegnamento prevede lezioni magistrali, relazioni su tema preordinato, confronto/dibattito tra pubblico ed esperto, esecuzione diretta da parte dei partecipanti di attività pratiche e presentazione di casi clinici in piccoli gruppi.

L'obiettivo del Corso:

- Fare acquisire conoscenze teoriche e aggiornamenti in tema di ausili per le attività della vita quotidiana
- Fare acquisire abilità manuali, tecniche e pratiche in tema di possibilità di autonomia dell'utente
- Fare migliorare le capacità relazionali con l'utenza in qualità di promotori di soluzioni assistive.

Programma:

Prima giornata

- Presentazione del corso
- Concetti generali sugli ausili
- Gli ausili come parte integrante del progetto riabilitativo
- Le AVQ (attività della vita quotidiana): analisi e ausili
 - Mangiare
 - Igiene personale
 - Uso della vasca e della doccia
 - Uso del wc
 - Vestire/svestire
 - Preparazione dei pasti
 - Pulizia della casa
 - Studio/lavoro
- Ausili per le AVQ *Esercitazione pratica*

Seconda giornata

- L'importanza di un counselling appropriato
- I tutori per la mano e la manipolazione degli oggetti: premesse teoriche
- I tutori per la mano e la manipolazione degli oggetti *Esercitazione pratica a piccoli gruppi*
- Presentazione di casi clinici in piccoli gruppi
- Discussione plenaria dei casi esaminati
- Verifica finale

Collaborazione con gli altri Servizi dell'ASL coinvolti nel campo degli ausili

- Con il Settore Assistenza Sanitaria Integrativa per una quantificazione delle prescrizioni ausili, presenti in Magazzino o acquistati esternamente; per avere dati statistici e fare uno studio sulle variazioni delle richieste negli anni e sul fenomeno dell'abbandono.

- Con l'URP (Ufficio Relazioni con il Pubblico) per preparare un opuscolo informativo sulla prescrizione degli ausili: percorso per ottenerli; chi ne ha diritto; a chi rivolgersi; ecc.

8. Risultati previsti

Nell'ex Asl9 si vuole creare, mantenendo le stesse risorse umane, un Centro specializzato che possa interagire in particolare col personale del Servizio di Riabilitazione. L'obiettivo è di far comprendere quanto sia importante che un ausilio sia personalizzato e personalizzabile.

Lo stesso personale riabilitativo dovrà promuovere gli ausili in una prospettiva di autonomia dell'utente nel rispetto delle sue scelte. Ogni operatore, e quindi ogni utente preso in carico, avrà l'opportunità di confrontarsi con un Centro InFormativo Ausili che metterà a disposizione conoscenze, esperienze e tempo per definire l'ausilio adeguato all'individuo, allo scopo prefisso stabilito insieme all'utente e ai caregivers, al contesto in cui l'ausilio sarà utilizzato e alle aspirazioni e predisposizioni dell'utente stesso.

La collaborazione tra il Centro InFormativo Ausili e il Servizio di Ingegneria Clinica nella gestione del Magazzino porterà ad un miglioramento: nella prescrizione di ausili presenti in Magazzino avremo una compilazione conforme alle caratteristiche fisiche rilevate da una valutazione accurata dell'utente.

Eviteremo inoltre al paziente, o chi per esso, di perdere tempo successivamente per il cambio di un ausilio che non rispetta il principio dell'usabilità, e alle segreterie dei vari Servizi interessati di accumulare pratiche burocratiche e autorizzazioni inutili.

La collaborazione con l'Ingegneria Clinica permetterà l'acquisto di nuovi ausili personalizzabili (possibilità di regolazione, accessori, ecc.) al fine di poterli adattare a utenti con caratteristiche ed esigenze diverse.

Il risultato sarà un risparmio economico per l'Azienda:

- il riciclo degli ausili sarebbe maggiore vista la loro adattabilità;
- le prescrizioni inutili o non adeguate saranno evitate

Per verificare il metodo di gestione del Centro InFormazione Ausili saranno utili periodici incontri tra gli operatori del Centro, il Medico Responsabile del SRRF e i Responsabili degli altri Servizi per analizzare i problemi riscontrati ed eventualmente modificare le procedure.

Per avere dei dati concreti saranno monitorate le consulenze del Centro ma soprattutto saranno verificati la soddisfazione dell'utente e il reale utilizzo dell'ausilio stesso con dei follow-up, eventualmente telefonici, fatti a distanza.

9. Relazione tecnica

Le modalità operative possono essere sintetizzate in:

1. Presentazione del Progetto alla Direzione Aziendale con l'autorizzazione del Medico Responsabile del SRRF.

Tempo di realizzazione: 1 mese

2. Presentazione del Centro InFormativo Ausili agli operatori del SSRF mediante un incontro informativo su:

- obiettivi del progetto
- tempi di operatività
- operatori coinvolti
- orario
- modalità di accesso al Centro InFormativo Ausili
- importanza dell'interazione con il Centro per proposte, consigli, ecc.

Tempo di realizzazione: 1 mese

3. Presentazione del Centro InFormativo Ausili al Servizio di Ingegneria Clinica e al Servizio di Assistenza Integrativa Sanitaria per valutare le occasioni di confronto.

Tempo di realizzazione: 1 mese

4. Allestimento locale

- Acquisto di scanner e kit di attrezzi
- Collegamento internet mediante richiesta al Servizio Informatico dell'Asl
- Richiesta Materiale di consumo (cancelleria di base, portariviste, risme di carta, classificatori, ecc.).

Tempo di realizzazione: 1-2 mesi

5. Definizione del Personale dedicato

- Responsabile: un fisiatra Prescrittore
- Una terapeuta della riabilitazione di riferimento competente nel campo degli ausili e in ambito informatico, con la collaborazione di altre due fisioterapiste per progetti particolari
- Altri operatori dell'Asl come consulenti in particolari situazioni (vedi articolazione del progetto).

6. Formazione del Personale dedicato

Parte teorica:

- confronto con realtà già esistenti;
- presa visione di studi effettuati sugli ausili;
- ricerca e classificazione dei siti dedicati

Parte pratica:

- partecipazione a corsi dedicati organizzati da Aziende Sanitarie, Centri con esperienze nel settore, ditte produttrici o fornitori di ausili; in particolare la frequenza di un corso per il confezionamento di splint sia statici che dinamici
- verifica pratica delle caratteristiche degli ausili attraverso incontri dimostrativi da parte di rappresentanti o rivenditori, o attraverso visite presso le ditte produttrici o i rivenditori locali
- frequenza saltuaria presso Centro Ausili Don Gnocchi di Torino (1 volta ogni 2-3 mesi);

Tempo di realizzazione: 4-6 mesi

7. Orario

Data la necessità di utilizzo delle risorse di personale già esistente, la disponibilità oraria sarà inizialmente di 5 ore settimanali: giovedì dalle 8.30 alle 13.30.

8. Confronto con CIC (= Centro Informatico Canavesano), già operante presso l'Asl, per progettazione di un software di gestione del Centro InFormativo Ausili: archiviazione consulenze, statistiche, ecc.

10. Scenari

I.S. è una signora di 58 anni che si presenta al SRRF con la richiesta del medico di base per una prescrizione di carrozzina. La diagnosi è poliartralgia in utente con grave obesità e fibrillazione cronica. Il medico che la visita ritiene utile segnalarla telefonicamente al Centro InFormativo Ausili.

La signora viene convocata dal Centro per un colloquio iniziale di conoscenza dell'utente. La signora (140 kg di peso e 1.55 m. d'altezza) non possiede alcun tipo di ausilio ed è in grado di camminare sorretta dal marito solo per tratti brevi. Questo limita la possibilità di muoversi autonomamente all'interno della propria abitazione e quasi totalmente le relazioni sociali all'esterno.

Durante il colloquio con la signora emerge subito la sua difficoltà ad accettare ausili che *“la farebbero sentire malata e le darebbero l'idea di non aver più possibilità di miglioramento”*.

Nelle AVQ viene aiutata dal marito e nei lavori di casa è sostituita da un aiuto esterno alla famiglia. Ciò che la signora vorrebbe è *“faticare meno nei piccoli lavori domestici”* e poter uscire di casa per andare a trovare le amiche e per fare la spesa col marito. Sicuramente sarà necessaria un'accurata valutazione e un adattamento della carrozzina alla signora per poterle permettere un buon sostegno durante le sue attività.

L'abitazione è situata in periferia al 3° piano con un ascensore stretto; è definita piccola dal marito con un bagno poco spazioso e dotato di vasca da bagno che la paziente da anni non utilizza.

E' chiaro che l'obiettivo non sarà, come richiesto dal medico di base, la prescrizione della carrozzina ma un progetto più ampio che porti al miglioramento della qualità della vita di I.S.

Al marito si richiede una planimetria dell'abitazione e la misurazione dell'ascensore e dei gradini presenti per accedervi. Probabilmente sarà comunque necessario un sopralluogo per la verifica delle AVQ e dei possibili suggerimenti (es. maniglioni, sedile per vasca, ausili per le AVQ, ecc.).

Viene effettuata una valutazione delle possibilità motorie della signora da cui risulta una marcata ipostenia ai quattro arti con limitazioni nell'escursione dei movimenti e una rapida affaticabilità anche in esercizi semplici. La signora è assistita dal marito in ogni attività, anche nei passaggi posturali e nei trasferimenti.

Insieme all'utente e al marito si analizzano le attività della vita quotidiana facendo poi una analisi specifica per alcune di esse utilizzando gli allegati 7 e 8. Da queste analisi si ricava una priorità d'intervento: la necessità essenziale per la signora di potersi muovere autonomamente in ambito domestico; la possibilità di uscire di casa per avere nuovamente contatti sociali che ora sono mantenuti solo telefonicamente; poter preparare i pasti e eseguire lavori domestici non particolarmente pesanti.

Viene inoltre compilata la prima intervista del questionario IPPA (allegato 10) con un punteggio totale, prima della fornitura dell'ausilio, di 19,7.

Primo obiettivo è dare alla paziente la possibilità di muoversi all'interno e all'esterno dell'abitazione.

Si eseguono le valutazioni e le misurazioni della paziente per la carrozzina (compilando l'allegato 3) che lei utilizzerà all'interno per avere un buon assetto posturale in posizione seduta e all'esterno per la mobilità. La carrozzina dovrà tener presente le caratteristiche fisiche della signora con particolare attenzione alla durabilità e manovrabilità (cfr. criteri di Batavia e Hammer allegato 12). Inoltre dovrà essere accolta nel vano bagagli dell'auto utilitaria a tre porte del marito ed essere relativamente leggera o con parti estraibili in modo tale da permettere al marito tale operazione senza troppa fatica. In questo momento la carrozzina manuale spinta da altri, è la risposta più immediata e accettata dalla paziente ma in futuro sarà presa in considerazione anche la possibilità, se le sue abilità motorie dovessero migliorare e compatibilmente con le sue caratteristiche fisiche, di una carrozzina elettrica per i tragitti lunghi.

Per la deambulazione in ambiente domestico, e per l'esterno per tragitti brevi, prevediamo l'uso di un deambulatore pieghevole a quattro ruote, dopo un adeguato training necessario dato il facile

affaticamento che la signora accusa agli arti superiori. Presso il Centro InFormativo Ausili è disponibile un deambulatore adeguato al peso della signora, che lei, anche se inizialmente scettica, prova con buoni risultati. Si decide così di prestarle quest'ausilio in modo da poterlo provare per alcuni giorni al proprio domicilio.

Acquisite tutte le informazioni sull'ambiente in cui vive, si procederà alla scelta degli ausili da proporre e in collaborazione, con lei e il marito, si arriverà alla loro definizione e alle caratteristiche che dovranno avere.

Per il superamento dei pochi gradini presenti, eseguiti con l'aiuto del marito, non è preso in considerazione per ora nessun tipo di ausilio. Con la valutazione si è verificato che, con un adeguato allenamento, la paziente sarà in grado di affrontarli con un appoggio al mancorrente peraltro già presente.

E' prevista una valutazione a domicilio, per un'osservazione più attenta delle difficoltà della signora nelle AVQ, dopo un periodo di training presso l'ambulatorio del SRRF di Castellamonte

La signora, giovane e ben supportata dal marito, credo accetterà gli ausili proposti nell'ottica dell'autonomia, ma eventualmente, fosse necessario, si valuterà anche un supporto psicologico.

Il Centro InFormativo, con esperienza e tempo dedicato, le sarà utile nella definizione degli ausili. Guidata in questo percorso, sarà facilitata la loro accettazione.

11. Piano economico

- Allestimento locale e consumi

Il locale già arredato e attrezzato con computer e telefono necessita solo di uno scanner e del materiale di cancelleria. Il sistema informatico aziendale è di tipo centralizzato (secondo dati forniti da Servizio Informatico dell'Azienda). Questo comporta una facilitazione economica per un eventuale collegamento alla rete di un computer già esistente; la spesa sarebbe irrisoria. Rimangono ancora da acquistare:

Oggetto	Quantità	Costo
Scanner	1	€80,00
Kit attrezzi	1	€50,00
Raccoglitore dorso 8 cm. ¹	10	€15,50
Raccoglitore 4 anelli ¹	8	€12,40
Porta corrispondenza ¹	11	€11,52
Cdrom ¹	10	€6,30
Cancelleria di base ¹	1	€30,00
Risma 500 fogli ¹	10	€25,60
	TOTALE	€231,32

¹ dati raccolti da Magazzino Economale dell'Azienda.

Le spese dell'utilizzo della rete Internet e dei materiali, annualmente, sono riportate nella tabella sottostante.

Oggetto	Quantità	Costo
Utilizzo Internet ²	12 mesi	€360,00
Consumo cancelleria	12 mesi	€240,00
	TOTALE	€600,00

² dati raccolti da Servizio Informatico dell'Azienda.

- Personale

Il personale dedicato non causerà costi aggiuntivi all'Azienda perché già presente e disponibile nel SRRF.

In un'ottica di una quantificazione economica del Progetto, però, è riportata la tabella sottostante insieme con un ipotetico costo annuale per l'aggiornamento rivolto agli operatori del Centro.

Figura professionale	Tempo dedicato	Costo orario	Costo annuo
Medico fisiatra	5 ore/settimanali	€66,30	€17.569,50
Fisioterapista	5 ore/settimanali	€21,58	€5.718,70
Aggiornamento del personale			€2.300,00

Per l'aggiornamento del personale si prevedono una spesa pari a €2300,00 nel primo anno e un costo medio di €2000,00 negli anni successivi.

Il costo del personale in consulenza varierà in base alle esigenze, pertanto sono descritti i costi orari delle singole figure.

Figura professionale	N. operatori	Costo orario
Psicologo	1	€46,85
Tecnico Ing. Clinica	1	€21,58
Responsabile del Servizio Assistenza Integrativa Sanitaria	1	€66,30

Per completare e rendere più semplice la gestione del Centro InFormatico Ausili si può ipotizzare l'intervento del CIC (Centro Informatico Canavesano) che dovrebbe realizzare una parametrizzazione dei dati esistenti, un modulo d'interrogazione (statistiche) e uno di stampa.

Figura professionale	N. giornate	Costo giornaliero
Tecnico specializzato	3-4	€350,00

- Ausili

E' indispensabile che l'utente abbia la possibilità di conoscere e provare gli ausili a lui necessari. Per offrire questa opportunità, è prevedibile un acquisto iniziale, in particolare di ausili per le attività della vita quotidiana, con un investimento di circa €900,00.

Gli altri ausili (carrozine, deambulatori, sistemi posturali, solleva malati, letti, ecc.) saranno presi in prestito dal Magazzino o lasciati in visione dalle ditte produttrici e dai rivenditori locali.

- Costo complessivo del progetto

L'investimento iniziale prevede l'allestimento del locale e la dotazione del materiale, l'acquisto di ausili per le AVQ e l'intervento del CIC con un costo complessivo di circa €2500,00.

A parte sono le spese per l'aggiornamento poiché l'Azienda ha dei fondi dedicati ad esso che sono utilizzati in base alle richieste del Servizio.

Il costo di gestione complessivo annuale per un buon funzionamento sarà di circa €600,00.

	1° anno	Anni successivi
Investimento iniziale	€2500	€0
Personale	€23300	€23300
Aggiornamento	€2300	€2000
Gestione	€600	€600

COSTO SOCIALE COMPLESSIVO	€28700	€25900
---------------------------	--------	--------

Nel calcolo del costo sociale sono escluse le consulenze degli operatori degli altri Servizi (es. psicologo) in quanto non è possibile tuttora quantificarle.

12. Strumenti di lavoro

12.1 Allegato 1

Il primo strumento è la scheda di richiesta di consulenza da parte del personale del SRRF, dove è annotato un inquadramento dell'utente, ma soprattutto dove ben evidente è la motivazione della consulenza. Lo scopo di questa scheda è di potersi attivare anticipatamente e arrivare all'appuntamento con l'utente con tutti gli elementi e le informazioni necessarie per svolgere con competenza la consulenza.

12.2 Allegato 2-6

Sono le schede di valutazione già utilizzate in passato dal SRRF allo scopo di definire le richieste, le necessità e le caratteristiche utili per la scelta di un ausilio appropriato all'utente e al contesto ambientale e sociale. Data l'evoluzione tecnica degli ausili e dei materiali che li costituiscono, le schede dovranno essere riviste e adattate alle innovazioni avvenute in questi ultimi anni.

12.3 Allegato 7-8

La valutazione funzionale è eseguita mediante la griglia "Analisi generale delle attività della vita quotidiana" e la griglia "Analisi specifica di ciascuna attività" (EUSTAT, 1999b). Con esse è possibile definire i bisogni, analizzando le varie attività, per giungere a una soluzione condivisa dall'utente.

12.4 Allegato 9

Per valutare la soddisfazione dell'utente, il Centro InFormativo Ausili proporrà lo strumento QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology).

© L.Demers, R.Weiss-Lambrou, B.Ska, 2000

© traduzione italiana Fondazione Don Gnocchi Onlus 2002

E' utile per valutare la soddisfazione del singolo soggetto (può essere compilato anche dai caregivers) ma anche per testare l'utilità degli ausili su un campione di persone.

Si ha un punteggio di soddisfazione rispetto al prodotto; un punteggio rispetto al servizio e uno complessivo.

Il paziente deve marcare, tra gli item presenti, i tre che ritiene più significativi.

12.5 Allegato 10

Lo strumento IPPA (Individual Prioritised Problems Assessment), © EATS Consortium, 1999, aiuta nella definizione degli obiettivi. Consiste nell'esecuzione di due interviste: prima e dopo la fornitura.

Nella prima intervista si chiede al paziente di definire e "pesare" i problemi che egli si aspetta di risolvere con l'ausilio e di valutarli secondo le difficoltà che incontra nell'esecuzione di quelle attività, senza ausili.

La seconda intervista è effettuata a distanza quando l'utente ha preso confidenza con l'ausilio. Sono riproposti i problemi elencati nella prima intervista e il paziente deve di nuovo valutarli in base alle difficoltà presenti utilizzando l'ausilio.

Se l'ausilio risulta efficace, avremo un *indicatore IPPA* (differenza di punteggio totale della prima intervista e quello della seconda) positivo. Un valore negativo di questo indicatore è indice di un ausilio non adeguato, che non ha facilitato la funzione.

12.6 Allegato 11

La scheda di consulenza sarà la conclusione del percorso che insieme all'utente sarà svolto dal Centro InFormazione Ausili. Saranno annotate le varie tappe, le prove, gli ausili consigliati, ecc.

12.7 Allegato 12

I diciassette criteri di Valutazione Funzionale di Batavia e Hammer sono uno strumento molto utile per la comparazione di più ausili.

13. Bibliografia e sitografia

- Agenzia delle entrate: *Guida alle agevolazioni fiscali per i disabili*. In: www.agenziaentrate.it
- Andrich R (1988): *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute
- Andrich R (1996): *Consigliare gli ausili*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi
- Andrich R (2007): *Valutare gli ausili*. Dispense Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia". Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi a.a. 2007.2008
- Andrich R (2008a): *Concetti generali sugli ausili*. In: www.portale.siva.it
- Andrich R (2008b): *Elementi di misura dell'outcome degli ausili*. In: www.portale.siva.it
- Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare per l'autonomi: ausili e ambiente per la qualità della vita*. Firenze: Giunti OS
- Andrich R, Porqueddu B (1990): *Educazione all'autonomia: esperienze, strumenti, proposte metodologiche*. Europa Medicophysica 26(3):121.145.Torino: Minerva Medica.
- Batavia A e Hammer G (1990): *Towards the development of the consumer-based criteria for the evaluation of assistive devices*. Journal of Rehabilitation Research & Development, vol 27/4, pp 425-436
- Confalone C (30 luglio2008): *Il punto sui primi 84 giorni di governo della sanità e sulle iniziative future*. In: www.ministerodellasalute.it
- Consorzio EUSTAT (1999a): *Tecnologie per l'Autonomia. Linee guida per i formatori*. European Commission,
- Consorzio EUSTAT (1999b): *Tecnologie per l'Autonomia. Pronti ... via!* European Commission,
- Ferrari A (2008): *Clinica riabilitativa e ausili*. In Andrich R (a cura di): *Progettare per l'autonomia*. Firenze: Giunti OS p. 111-116
- *Functional Independence Measure (FIM)* (1992). Buffalo: The Research Foundation of the State University of New York
- Giacobini C (2008): *Il nuovo nomenclatore*. Mobilità 57/2008 p.4-11
- Giacobini C (16 maggio2008, agg. 20 luglio2008): *Nuovi livelli di assistenza: l'assistenza protesica*. In: www.handylex.org
- Il punto (23 aprile 2008): *Arrivano i nuovi Livelli essenziali di assistenza: c'è il sì anche al nomenclatore tariffario*. In: www.superabile.it
- *Livelli essenziali di assistenza(Lea)* (24 giugno 2008). In: www.epicentro.it
- Noto V et al. (2002): *Manuale di ausili e cure del paziente geriatrico a domicilio*. Milano:Quaderni Home Care, UTET
- Organizzazione mondiale della Sanità (2001): *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson
- *Presentazione ICF* (2002). In: www.icfitaly.it
- *Tecnologie e Disabilità: Scenario 2003 Il punto di vista di AAATE* (2003). In: www.aaate.net

ALLEGATO 2

SCHEDA DI COUNSELLING PER PRESCRIZIONE AUSILI PER IL PAZIENTE GERIATRICO

DATA COMPILAZIONE: / /

COGNOME	NOME	DATA NASCITA
INDIRIZZO	TELEFONO	
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PRESSO ASL TO 4		
<input type="checkbox"/> RESIDENZA PRESSO ALTRA ASL		
<input type="checkbox"/>		
AFFETTO DA:		
CARE GIVERS DI RIFERIMENTO:		

CONTATTO PER COUNSELLING AVVENUTO IN REGIME:

- AMBULATORIALE
 - VIVE IN FAMIGLIA
 - VIVE IN STRUTTURA.....

- DOMICILIARE

- DEGENZA PRESSO

DATA DIMISSIONE:

- PERCORSO ALLA DIMISSIONE

- ALTRO (SPECIFICARE)

AUSILI

- AUSILI IN POSSESSO AL DOMICILIO

- AUSILI UTILIZZATI

RICHIESTA/ BISOGNO ESPRESSO DALL'UTENTE

1.

2.

3.

BISOGNO ESPRESSO DALL'EQUIPE RIABILITATIVA

1.

2.

3.

AUSILI PRESCRITTI

ALLEGATO 3
SCHEDA PER PRESCRIZIONE CARROZZINA ORTOPEDICA

- Il paziente è ospite in STRUTTURA ASSISTENZIALE
- Il paziente vive in FAMIGLIA

- **AMBIENTE CASA**

Barriere architettoniche

- Presenza scale esterne SI NO
- Presenza scale esterne SI NO
- Necessità di soluzioni per il superamento delle scale: SI NO
- Presenza di ascensore SI NO
- Apertura inferiore a cm. 60
- Porte interne
Apertura inferiore a cm. 60: # ingresso #camera da letto #cucina
bagno
Raggio minimo di rotazione inferiore a cm. : #ingresso # camera da letto # cucina #
bagno

- **PAZIENTE**

- Misurazioni

- Peso superiore a Kg. 120
- Larghezza fianchi: cm..... (misura standard cm. 42)
- Misura dal cavo popliteo al tallone :cm..... (misura standard cm.51) Considerare l'altezza dell'eventuale cuscino cm.....
- Misura dal gran trocantere al cavo popliteo: cm.....(misura standard cm 43)

- Abilità

- Si spinge da solo SI NO
Modalità:
- In interno:

- In esterno:

- Cammino: possibile su brevi tragitti e saltuariamente, funzionale all'interno della casa
SI NO
- Scale: è in grado di compiere salita e discesa di brevi rampe di scale (7-8 gradini)
SI NO
- Controllo del tronco: #buono #sufficiente #parziale # non controlla il tronco
- Durante la giornata
- Ore di allettamento:
- Ore in carrozzina:
- Alternative alla carrozzina: #divano #poltrona #sedia #altro
- Il paziente esce di casa:# giornalmente per.....
saltuariamente per.....

- Trasferimenti

- Letto- carrozzina: # autonomo # con adattamenti # con assistenza e ausili #con sollevatore

- Carrozzina- wc: # autonomo # con assistenza # con ausili su bagno predisposto # utilizza comoda

- PREVISIONI DI UTILIZZO

- Per uso temporaneo in previsione di recupero
- Per uso definitivo
- E' prevedibile un peggioramento del quadro funzionale? SI NO

Necessità particolari da segnalare:

CARROZZINA PROPOSTA:

- Tipologia
 - Pieghevole standard con ruote estraibili
 - Pieghevole leggera
 - Basculante
 - Comoda
 - Elettrica per interni
 - Elettrica per esterni

- Aggiuntivi
 - Divaricatore
 - Guida per bacino e cosce
 - Rialzi per obliquità
 - Fissaggi per i piedi
 - Spinte laterali per il tronco
 - Bretellaggio.....
 - Appoggiatesta
 - Tavolino
 - Alzagambe
 - Schienale reclinabile
 - Schienale prolungato
 - Sedile rigido asportabile
 - Sedile rigido asportabile con wc
 - Variazione in larghezza.....
 - Variazione in altezza.....

Altro.....

ALLEGATO 4

SCHEDA DI VALUTAZIONE PER LA DETERMINAZIONE DEL RISCHIO DI LESIONI DA DECUBITO E PER LE INDICAZIONI DI MATERASSO ANTIDECUBITO - LETTO ORTOPEDICO - CUSCINO ANTIDECUBITO

	A- STRUTTURA	B- CONTINENZA	C- STATO NUTRIZIONA LE	D-CUTE	E- PATOLOGIE CONCOMI TANTI	F- CONDIZIONI PSICHICHE	G-TERAPIE	H- MOBILITA' (per materasso)	I-TEMPI MANTENIMENTO POSIZIONE SEDUTA (per cuscino)
0	Normale	Continente	Normale	Integra	Nessuna	Normale	Non significative	Autonomo	Fino a 1 ora consecutiva
1	Sovrappeso	Portatore catetere	Non sufficiente	Pallida Disidratata	Interventi chirurgici	Rallentato	Medicaz. Topiche	Minima assistenza nei trasferimenti	Meno di 2 ore consecutive
2	Sottopeso	Incontinente urine/pannolone	Terapia enterale	Fredda Ipovascola re	Diabete	Confuso	Con steroidi	Massima assistenza nei trasferimen ti	2-3 ore consecutive
3	Obeso	Incontinente feci/pannolone	Terapia parenterale	Edematosa Inizio lesioni	Paziente oncologico	Apatico	Chemioterapia	Allettato/ non si alza	Fino a 4 ore consecutive
4	Cachettico	Doppia incontinenza/ pannolone/cate tere	Anoressia Bulimia	Lesionata Necrotica	Paziente spinale Plegie	Incosciente	Alte dosi citostatici/ steroidi	Immobile	Più di 4 ore consecutive

Paziente

Data di compilazione

Punteggio materasso
(A+B+C+D+E+F+G+H)

Punteggio cuscino
(A+B+C+D+E+F+G+I)

Nota: le voci in grassetto danno indicazioni rispetto alla necessità di un letto ortopedico

OSSERVAZIONI

- VARIAZIONI CLINICHE PREVISTE:

RISULTATI

PUNTEGGIO PER MATERASSO

- o 3-6
- o 7-12
- o 13-18
- o 19-24
- o 25-32

RISCHIO SISTEMA

Pura prevenzione
Basso
Medio
Alto
Altissimo

Punteggio per indicazione materasso:

Tipo di materasso usato in degenza:

Tipo di materasso proposto:

Rischio sistema:

Indicazioni adozione letto ortopedico: SI NO

Tipo di letto proposto e accessori:

Punteggio per indicazione cuscino:

Tipo di cuscino proposto:

Rischio sistema:

ALLEGATO 5

SCHEMA PER PRESCRIZIONE SOLLEVATORE

- MISURAZIONI
 - Peso paziente inferiore a kg

 - ABILITA' (indirizzate anche alla scelta del tipo di imbragatura)
 - Controllo del capo: SI NO
 - Controllo del tronco: SI NO
 - Utilizzo arti superiori: # buono # sufficiente # insufficiente # un arto solo

 - Paziente in scarico per.....

 - Paziente portatore di PTA, impianto del.....(#tempo inf a 2 mesi)
Segnalazioni e indicazioni particolari:.....

 - Paziente amputato (specificare).....

- UTILIZZO: TRASFERIMENTO LETTO- CARROZZINA
 - AMBIENTE CASA
 - Camera da letto:
 - Raggio minimo di rotazione a cm.
 - Dimensione apertura porta interna camera da letto inferiore a cm. 60
 - Letto in dotazione:
 - Normale Idoneo all'uso del sollevatore SI NO
 - Ortopedico articolato: Idoneo all'uso del sollevatore SI NO
 - Ortopedico elettrico: Idoneo all'uso del sollevatore SI NO

- UTILIZZO: TRASFERIMENTO SUL E DAL WC
 - Bagno:
 - Raggio minimo di rotazione inferiore a cm.
 - Dimensione apertura porta interna bagno inferiore a cm. 60
 - Bagno con adattamenti SI NO

 - PREVISIONE DI UTILIZZO:
 - Definitivo
 - Temporaneo

 - TIPOLOGIA DI SOLLEVATORE PROPOSTO:
 - Idraulico a pompa
 - Elettrico
 - Tipologia per trasferimento uso wc
 - N.B. Paziente in carico
 - Imbragatura:
 - A fasce
 - Amaca senza sostegno per il capo
 - Amaca con sostegno per il capo
 - Per amputato arto/i inferiore/i ds sn
 - Con stecche rigide per il sostegno del tronco

 - ADDESTRAMENTO ALL'USO DEL SOLLEVATORE
 - Effettuato durante la degenza
 - Effettuato dal terapeuta domiciliare
 - Effettuato dal tecnico ortopedico
 - Altra modalità.....

SOLUZIONI ALTERNATIVE ALL'UTILIZZO DEL SOLLEVATORE

-
-

- Nessuna attuabile

ALLEGATO 6 SCHEDA DI VALUTAZIONE IDONEITA' PER MONTASCALE

VALUTAZIONE AMBIENTALE

- Barriere architettoniche
 - Presenza scale esterne: SI NO
N° rampe di scale N° scalini per rampa
Scalino: Altezza Profondità
Scala a chiocciola:
- Raggio minimo di rotazione inferiore a cm 100x cm 100

PAZIENTE

- Misurazioni
 - Peso superiore a kg 120 per montascale a ruote tipo scoiattolo
 - Peso superiore a Kg 130 per montascale tipo cingolato
- Abilità
 - Autonomo nei trasferimenti
 - Minima assistenza nei trasferimenti
- Durante la giornata
 - Esce attualmente di casa: # giornalmente # spesso # saltuariamente # mai
 - Applicando una soluzione per il superamento delle barrire architettoniche, il paziente uscirebbe: # giornalmente # spesso # saltuariamente
 - Esigenze particolari:
- Tipologia di carrozzina in uso:.....
.....Idonea Non idonea

N.B. Per il montascale cingolato non adeguata carrozzina con seduta superiore a cm.48

MONTASCALE PROPOSTO

- Scoiattolo
- Cingolato
-
- Ev. necessità di verifica dell'utilizzo a mesi.....dall'adozione

Raccolta dati eseguita da:

Medico fisiatra.....# Fisioterapista.....

Persona di riferimento per la guida del montascale:

ALLEGATO 7
Analisi generale delle attività della vita quotidiana
 (EUSTAT, 1999b)

Cognome

Nome

Data

Tipo di attività	Elenco delle attività specifiche che creano problemi (non posso svolgerle, mi procurano dolore, sono troppo lento, mi stancano, le posso svolgere con risultati insoddisfacenti, ecc.)
1. Muoversi all'interno dell'ambiente domestico	
2. Muoversi all'esterno dell'ambiente domestico	
3. Coricarsi, alzarsi dal letto, cambiare posizione	
4. Andare in bagno	
5. Cura del corpo	
6. Vestirsi, svestirsi	
7. Preparare i pasti	
8. Consumare i pasti	
9. Rigovernare dopo i pasti	
10. Comunicare	
11. Usare il computer	
12. Tenere i conti di casa	
13. Usare i trasporti per andare al lavoro, scuola, ecc.	
14. Fare acquisti	
15. Lavoro, scuola	
16. Attività ricreative	
17. Lavori di casa	
18. Cura dei bambini	
19. Manutenzione della casa	
20. Giardinaggio	
21. Altre attività	

ALLEGATO 8

Analisi specifica di ciascuna attività

(EUSTAT, 1999b)

Cognome

Nome

Data

Attività	Descrizione	Relazione con altre attività
Problemi legati all'attività Perchè, quando, dove, come		
Descrivere le circostanze e il luogo in cui si svolge l'attività : Interno/esterno. Locale grande/Locale piccolo. Estate/inverno. Spesso/raramente. Da solo/Con altri		
Futuro La situazione cambierà nei prossimi 5-10 anni ? Il cambiamento influenzerà le attività e come ?		
Definire le richieste Cosa richiede per risolvere i suoi problemi relativi a questa attività (desideri, sogni, sentimenti legati allo svolgimento dell'attività) Che cosa pensano i familiari e i caregivers al riguardo		
Importanza dell'attività 1. Molto importante 2. Non molto importante 3. Non me ne importa se posso avere un aiuto personale 4. Non me ne importa affatto		

OBIETTIVI :

ALLEGATO 9

Estratto del questionario QUEST

Valutazione della soddisfazione dell'utente rispetto all'ausilio

© L.Demers, R.Weiss-Lambrou, B.Ska, 2000

© traduzione italiana Fondazione Don Gnocchi Onlus 2002

Significato dei punteggi				
1	2	3	4	5
Per niente soddisfatto	Non molto soddisfatto	Più o meno soddisfatto	Piuttosto soddisfatto	Molto soddisfatto

AUSILIO	
Quanto sei soddisfatto de :	
1. le dimensioni (misura, altezza, lunghezza, larghezza) del tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
2. il peso del tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
3. la facilità di regolazione (montaggio, fissaggio) delle parti del tuo ausilio <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
4. quanto è stabile e sicuro il tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
5. la durabilità (solidità, resistenza all'uso) del tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
6. quanto è facile da usare il tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
7. quanto è confortevole il tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
8. quanto è efficace il tuo ausilio (quanto risponde alle tue necessità) ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5

SERVIZIO	
Quanto sei soddisfatto de :	
9. il servizio di fornitura (procedure, tempo) con cui hai ottenuto l'ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
10. le riparazioni e l'assistenza (manutenzione) previste per il tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
11. la qualità dei servizi professionali (informazioni, attenzione) che hai ricevuto per usare il tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5
12. il servizio di verifica (rivalutazione, controllo nel tempo) ricevuto per il tuo ausilio ? <i>Commenti :</i>	1 2 3 4 5

Qui sotto troverai la lista delle stesse 12 domande, per favore scegli i tre aspetti che consideri essere i più importanti per te. Metti una X nelle 3 caselle che hai scelto.

- | | |
|--|--|
| <input type="radio"/> 1. Dimensioni
<input type="radio"/> 2. Peso
<input type="radio"/> 3. Facilità di regolazione
<input type="radio"/> 4. Stabilità e sicurezza
<input type="radio"/> 5. Durabilità
<input type="radio"/> 6. Facilità d'uso | <input type="radio"/> 7. Comfort
<input type="radio"/> 8. Efficacia
<input type="radio"/> 9. Servizio di fornitura
<input type="radio"/> 10. Riparazioni/assistenza
<input type="radio"/> 11. Servizi professionali
<input type="radio"/> 12. Servizi di verifica |
|--|--|

Calcolo dei punteggi :

Punteggio di soddisfazione rispetto al prodotto : <somma punteggi items da 1 a 8 > /8

Punteggio di soddisfazione rispetto al servizio : <somma punteggi items da 9 a 12 > /4

Punteggio di soddisfazione complessiva : <somma punteggi items da 1 a 12 > /12

ALLEGATO 11



A.S.L. TO4

Azienda Sanitaria Locale

Struttura Complessa RRF
Responsabile Dott.sa L.Rivella
Sede di Castellamonte
Tel 0124 5181623
Fax 0124 5181795
eMail fisio.cast@asl.ivrea.to.it

Castellamonte, .../.../2008

Centro InFormativo Ausili

RELAZIONE CONSULENZA

Dati paziente

Cognome

Nome

Data di nascita

Indirizzo

Tel.

Persona di riferimento

Tel.

Diagnosi

Ausili in possesso

- In uso
- Non in uso

Motivo :

Richieste dell'utente

Valutazione (vedi allegati)

Prove effettuate

Ausili consigliati

Appuntamento il _____ per _____

Il Medico
D.CECI

La terapeuta
E. PETOZZI

ALLEGATO 12
Esempio di utilizzo dei criteri di Batavia / Hammer
In una valutazione comparativa tra due ausili

(se non si hanno dati sufficienti per esprimere il giudizio rispetto ad un criterio, non compilarlo)

Criterio	Voto Ausilio 1 (bassa/media/alta)	Voto Ausilio 2 (bassa/media/alta)	Priorità del criterio (bassa/media/alta)
Accessibilità economica	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Compatibilità tecnica	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Riparabilità autonoma	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Affidabilità	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Durabilità	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Facilità di montaggio	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Facilità di manutenzione	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Efficacia	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Flessibilità	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Facilità di apprendimento	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Manovrabilità	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Accettabilità personale	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Comfort	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Sicurezza	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Trasportabilità	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Assicurabilità	B----M----A	B---M---A	B----M----A
Assistenza tecnica	B----M----A	B---M---A	B----M----A

Giudizio complessivo

Valutazione Funzionale degli Ausili I diciassette criteri di Batavia e Hammer

1. *Accessibilità economica*: compatibilità con quanto l'utente o l'Ente Pubblico è disposto a spendere, considerando non solo i costi di acquisto, ma anche gli eventuali costi di personalizzazione, installazione e addestramento all'uso, manutenzione e assicurazione.
2. *Compatibilità tecnica*: compatibilità con altri ausili che la persona utilizza o utilizzerà nel futuro: un cuscino, ad esempio dovrà essere di dimensioni tali da essere adeguato alla carrozzina; un ausilio software dovrà essere compatibile con il computer.
3. *Riparabilità autonoma*: grado in cui l'utente o i suoi familiari o assistenti potranno provvedere alle riparazioni (oltre a valutare quali potranno essere i guasti più probabili e l'attitudine di quel determinato utente a ripararli, occorrerà accertare la disponibilità del corredo di attrezzi necessari).
4. *Affidabilità*: l'affidabilità di un ausilio non è definibile in assoluto; si definiranno invece le condizioni d'uso (es. per le carrozzine elettriche il tipo di terreno, la pendenza massima, la temperatura esterna, il metodo di caricamento della batteria, ecc.) il cui rispetto garantisce la sicurezza e il corretto funzionamento. Dal punto di vista dell'utente è importante la conoscenza delle condizioni d'uso che possono esporre a guasti e malfunzionamenti.
5. *Durabilità*: periodo d'uso per il quale è garantito un corretto funzionamento e le operazioni di manutenzione necessarie affinché il prodotto duri il maggior tempo possibile.
6. *Facilità di montaggio*: fino a che punto l'utente è in grado di assemblare e installare autonomamente l'ausilio o necessita invece di assistenza specializzata.
7. *Facilità di manutenzione*: grado in cui l'utente può provvedere autonomamente alle manutenzioni essenziali per la durabilità del prodotto (è essenziale verificare in tal caso anche l'esistenza di un manuale di manutenzione e la disponibilità del corredo di attrezzi necessario).
8. *Efficacia*: capacità dell'ausilio di apportare un reale miglioramento alla qualità di vita della persona e di rispondere alle aspettative, senza controindicazioni in altri aspetti della vita quotidiana.
9. *Flessibilità*: disponibilità di accessori e la facilità di personalizzazione per adattarsi per es. alla crescita corporea dell'utente o all'ampliamento delle esigenze di autonomia.
10. *Facilità di apprendimento*: facilità per l'utente di apprendere autonomamente il corretto uso, oppure disponibilità di un adeguato servizio di addestramento.
11. *Manovrabilità*: grado in cui l'ausilio può essere controllato e manovrato in modo affidabile dall'utente e l'impegno fisico e psicologico richiesto a tale scopo.
12. *Accettabilità personale*: grado in cui l'utente si sente a proprio agio nell'uso dell'ausilio, soprattutto nel presentarsi in pubblico (un design appropriato spesso facilita l'accettazione).
13. *Comfort*: comodità dell'ausilio, disponibilità di adattamenti per migliorarla.
14. *Sicurezza*: condizioni in cui l'ausilio non arreca danni all'utente o ad altre persone (es. ulcere da decubito, infezioni) o è predisposto per prevenire incidenti.
15. *Trasportabilità*: facilità con cui l'ausilio può essere trasportato e reso operativo in un altro posto.
16. *Assicurabilità*: possibilità di tenere l'ausilio sotto controllo al fine di prevenire furti o vandalismi (per certi ausili potrà essere necessario prevedere un sistema di allarme o una polizza di assicurazione).
17. *Assistenza tecnica*: disponibilità di un servizio di manutenzione e riparazione da parte della ditta fornitrice; affidabilità e sollecitudine del servizio (la ditta assicura riparazioni a domicilio? Quanto tempo occorrerà per riavere l'ausilio?); eventuali condizioni di garanzia.