



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Polo Tecnologico
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2008/2009

Soluzioni per l'autonomia

Candidato: Antonia Ceroni

Tipologia di elaborato: Unità didattica

Abstract. Una delle funzioni dei Centri Ausili è quella di orientare il cittadino in un panorama molto complesso e ricco di opportunità ma molto frammentato, indirizzandolo verso l'Ente competente e il corretto canale di finanziamento per lo specifico intervento. Un'altra funzione è di consigliare, dal punto di vista tecnico, gli operatori dei servizi nell'ambito delle soluzioni assistive e dell'adattamento domestico. Si presenteranno alcune soluzioni ottenute utilizzando risorse provenienti dal SSN e i fondi stanziati dalla Regione Emilia Romagna e dallo Stato per il raggiungimento di obiettivi di autonomia e indipendenza. Si descriverà come l'integrazione delle azioni sia fondamentale nel ridurre la limitazione nelle attività e la restrizione alla partecipazione dell'individuo. Si pone infine l'attenzione sulla centralità della persona, sui suoi bisogni e su come sia fondamentale per gli operatori conoscere le opportunità e le risorse presenti nel proprio territorio.

Target: professionisti che si occupano, nell'ambito sanitario e sociale, di restrizione nelle attività e limitazione alla partecipazione della persona.

Obiettivi didattici: informare gli operatori sui possibili percorsi per ottenere strumenti che consentano l'adattamento dell'ambiente alla persona disabile sia utilizzando il SSN ma soprattutto integrando gli interventi di competenza dello Stato con quelli previsti dalla Regione Emilia Romagna.

Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

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

1. Introduzione

L'esigenza di realizzare questa Unità didattica nasce dall'esperienza lavorativa presso il Centro Gestione Ausili dell'AUSL di Imola (CGA). In questi 18 mesi di attività ho preso consapevolezza di quanto i bisogni di un utente non si risolvano sfruttando un unico percorso, e di conseguenza come la risposta in realtà sia interfacciata con professionisti di diversi ambiti. Una patologia non crea solamente un danno anatomico ma una limitazione nell'agire e una restrizione alla partecipazione. Di conseguenza, in situazioni complesse, non può essere solamente una figura professionale a rispondere a tutti i "bisogni" della persona: l'ambito sanitario interagisce con quello socio-sanitario. Gli attori del processo di autonomia diventano: la persona, l'ambiente, l'ausilio e l'assistenza in un equilibrio che varia in base all'evoluzione del quadro clinico. Quindi la centralità di una figura professionale o la soluzione assistiva può essere "protagonista" e strategica in un determinato momento della patologia e diventare marginale in seguito.

Questa unità didattica ha l'obiettivo di informare gli operatori che si occupano di persone disabili sui possibili percorsi per ottenere strumenti che consentano l'adattamento dell'ambiente sia utilizzando il SSN ma soprattutto integrando l'intervento con fondi stanziati da Stato e Regione Emilia Romagna.

Saranno descritte le leggi di riferimento in merito all'abbattimento delle barriere architettoniche e all'adeguamento domestico; i requisiti per accedere ai finanziamenti; l'iter necessario e le soluzioni ottenibili con i vari regolamenti. Può divenire uno strumento per gli operatori dei servizi al fine di informare correttamente gli utenti. Nella definizione delle soluzioni assistive avere una visione globale delle risorse possibili, soprattutto in presenza di situazioni socio-economiche disagiate, può rivelarsi determinante per l'autonomia e indipendenza della persona. Il Centro Ausili si pone come punto di riferimento per tale obiettivo.

Questa unità didattica è indirizzata ai professionisti che si occupano di persone con limitazione nelle attività e restrizione alla partecipazione, quindi agli operatori sanitari e dell'ambito sociale perché solo integrando gli interventi è possibile intervenire sulla persona.

Gli ausili erogati dal SSN sono quelli previsti dal Nomenclatore Tariffario, il quale esclude alcune tipologie perché non aggiornato. In alcune situazioni è possibile applicare l'art 1 comma 5 di tale regolamento che richiama alla riconducibilità di un ausilio per omogeneità funzionale. *"Qualora l'assistito scelga un tipo o un modello di dispositivo non incluso nel nomenclatore (...) ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, per omogeneità funzionale a quello prescritto (...) l'Ausl di competenza autorizza la fornitura e corrisponde al fornitore una remunerazione non superiore alla tariffa applicata o al prezzo determinato dalla stessa Azienda per il dispositivo incluso nel nomenclatore e corrispondente a quello erogato"* (D.M. 332/99 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN: modalità di erogazione e tariffe").

Mentre per alcuni ausili è possibile una integrazione per la fornitura, vi sono tecnologie assistive in cui l'intero costo è a carico dell'utente poiché totalmente escluse dal Nomenclatore come ad esempio:

- adattamento dei comandi di guida per l'auto;
- sistemi di controllo ambientale;
- ausili informatici (ad eccezione della stampante braille e del sintetizzatore vocale per PC);
- ausili per facilitare l'alimentazione (posate, bicchieri) e la preparazione dei cibi (es. taglieri, apriscatole);
- ausili per la movimentazione dei malati (es. teli e assi di trasferimento).

In generale non sono compresi ausili informatici e tecnologie entrate sul mercato dopo l'applicazione del DM 332/99.

In questo elaborato saranno descritte alcune soluzioni ottenute integrando risorse provenienti dal SSN e i fondi stanziati dalla Regione Emilia Romagna e dallo Stato per il raggiungimento dell'autonomia della persona e come l'integrazione delle risorse sia strategica. In particolare:

- si esporranno le leggi e descriveranno gli articoli che hanno attinenza con la possibilità di conseguire il raggiungimento di autonomia e indipendenza dell'utente;
- si presenteranno alcuni casi di integrazione delle "risorse". Questa parte è utile per esemplificare e rendere concreta la parte teorica sulle normative.

2. Regolamenti in merito all'abbattimento delle barriere architettoniche e all'adeguamento domestico

Una soluzione assistiva si deve integrare con la persona e l'ambiente. Purtroppo l'ambiente non è sempre adeguato. Di conseguenza le barriere architettoniche e le caratteristiche delle abitazioni sono un ambito di interesse per ogni professionista che si occupa di disabilità e di progettazione pubblica e privata. Riferendosi alle stime ottenute dall'indagine sulle condizioni di salute e il ricorso ai servizi sanitari del 2004-2005, emerge che in Italia le persone con disabilità sono 2milioni 800mila, pari al 5% circa della popolazione. Tra questi poco meno di 200.000 sono residenti nei presidi socio-sanitari. (www.disabilitaincifre.it Relazione al Parlamento sui dati relativi allo stato di attuazione delle Politiche per l'Handicap in Italia Legge-quadro 5 febbraio 1992, art.41 comma 8 - Anno 2004-2005). Ne consegue che l'accessibilità e visitabilità pubblica e privata devono essere considerati integralmente.

Il momento di maggior "sconforto", superato quello dell'evento morboso, è rappresentato dal rientro al domicilio che è tanto più difficoltoso tanto più la patologia ha lasciato problematiche nell'esecuzione delle attività della vita quotidiana e di relazione. La percezione da parte della persona della mancata indipendenza ed autonomia, genera un forte disagio interiore. "Non riesco più a fare" "non potrò mai più fare..." "vorrei fare ma..." sono queste le frasi che più frequentemente ascoltiamo dai nostri utenti a cui solo una presa in carico globale, la capacità di seguire i problemi nel tempo e di essere utili alla persona e al caregiver trovano soluzione. Nel momento del rientro al domicilio si può affermare che la limitazione delle attività e la restrizione alla partecipazione sono legate alle abilità della persona e subordinate alle condizioni ambientali. Se il contesto ambientale è idoneo si riduce inoltre l'impegno psico-fisico del caregiver.

Per quanto riguarda l'adattamento dell'ambiente, vanno presi in considerazione diversi aspetti legati allo specifico contesto geografico e culturale:

- **tecnologici.** Le possibilità offerte dalla tecnologia sono molteplici, e consentono forme di autonomia un tempo impensabili (es. la domotica, che consente anche a gravi persone disabili un controllo attivo sul proprio ambiente di vita). I limiti sono legati ai costi di realizzazione di tali interventi e anche alla capacità dell'utente finale di utilizzare le soluzioni; la maggior parte delle persone disabili sono anziani ed è nota la loro resistenza ad utilizzare apparecchiature tecnologiche;
- **affettivi.** L'ambiente di vita non è solo uno spazio geometrico occupato da oggetti. Rappresenta la sede dei ricordi, è il luogo dell'intimità, è la proiezione spaziale delle nostre preferenze e dei nostri desideri. La casa non è solo formata da quattro mura ma è il luogo dove i ricordi si stratificano, dove si rivivono le tappe fondamentali della vita, dove ogni oggetto ha una sua storia dove i muri hanno odore di vissuto. Ritengo opportuno entrare "in punta di piedi" a casa di un utente. Ogni abitazione deve essere rispettata e considerata come un "tempio pagano";
- **economici.** Qualunque intervento sull'ambiente di vita ha dei costi elevati, sia in termini di denaro sia in termini di disagio (progetto e realizzazione), che vengono decisi soppesando vantaggi e svantaggi, in vista di un beneficio futuro. Nel caso dell'anziano, esiste una certa resistenza a intraprendere modifiche strutturali dell'abitazione, anche quando le condizioni economiche lo consentirebbero. Si tratta di una mentalità che vediamo abbastanza diffusa anche presso i familiari degli anziani. Tutto sommato, si preferisce spendere per un'assistente familiare, che compensi le insufficienze dell'ambiente con la propria forza – lavoro, piuttosto che scommettere sulle possibilità e sulle risorse che un ambiente opportunamente adattato potrebbe mettere a disposizione.

Ho descritto come l'accessibilità domestica rappresenti un tema essenziale per la vita autonoma e indipendente della persona disabile. L'operatore consulente interviene nel rapporto tra la persona disabile e l'ambiente e mette a disposizione le sue competenze tecnico scientifiche, nell'ambito di progetti di superamento di barriere architettoniche lasciando sempre massima libertà di scelta e non imponendo mai le sue soluzioni. Si accede a casa dell'utente e in base ad un esame scrupoloso dei

bisogni, delle abilità motorie, alle disponibilità ambientali ed economiche si propongono le possibili soluzioni.

La presenza dell'assistito, del caregiver, del fisioterapista, del fisiatra ed eventualmente del tecnico progettista consente una valutazione globale del problema realizzando una maggiore fruibilità dell'ambiente e riducendo le limitazioni dell'agire della persona e rispettando il concetto di appropriatezza (Andrich R. 2008).

2.1 La Legge 13/1989 e il DM 236/1989

La Legge 9 gennaio 1989 n. 13 contiene "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati", mentre il *Decreto Ministeriale del Ministero dei Lavori Pubblici 14 giugno 1989 n. 236* offre le "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche".

Il fondo della legge 13/89 è stato finanziato in maniera discontinua dallo Stato. La regione Emilia Romagna ha sopperito utilizzando finanziamenti messi a bilancio. Mentre scrivo questo elaborato ho ricevuto la comunicazione che nell'anno 2010 la Regione non la finanzierà più. È presentata perché il decreto attuativo pone le linee guida per un'edilizia senza barriere inoltre perché continua ad essere legge dello Stato e come tale sarebbe un diritto del cittadino poter utilizzare le agevolazioni.

Inoltre si può aggiungere che *"le dinamiche sociali, culturali, scientifiche ed economiche impongono che un sistema normativo, per quanto complesso ed avanzato, metta in atto, con tempestività, processi di aggiornamento e revisione degli strumenti di cui dispone, per accrescere, a tutti i livelli, l'inclusione sociale e la diretta partecipazione delle persone con disabilità al fine di renderla pienamente partecipe a tutti gli aspetti della vita"* (Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, 2007).

A seguito della delibera (assenza di finanziamento nel 2010) si sta impostando un percorso per dirottare l'utente all'utilizzo del rimborso per la ristrutturazione dell'abitazione (rimborso del 36%).

"Il decreto definisce barriera architettonica:

- *gli ostacoli che sono fonte di disagio per la mobilità di chiunque e in particolare di coloro che, per qualsiasi causa, hanno capacità motoria ridotta o impedita in forma permanente o temporanea.*
- *gli ostacoli che limitano o impediscono a chiunque la comoda e sicura utilizzazione di parti, attrezzature, e componenti.*
- *la mancanza di accorgimenti e segnalazioni che permettono l'orientamento e la riconoscibilità dei luoghi e delle fonti di pericolo per chiunque e in particolare per i non vedenti, per gli ipovedenti e per i sordi"* (DM 236/1989 Art 2).

Tale decreto introduce dei criteri che sono innovativi e sono alla base di quello che oggi è definito Universal Design o design for all. In particolare vengono introdotti concetti fondamentali quali:

- *accessibilità. Si intende la possibilità, anche per persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di raggiungere l'edificio e le sue singole unità immobiliari e ambientali, di entrarvi agevolmente e di fruirne di spazi e attrezzature in condizioni di adeguata sicurezza ed autonomia.*
- *visitabilità. Si definisce la possibilità, anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale, di accedere agli spazi di relazione e ad almeno un servizio igienico di ogni unità immobiliare. Sono spazi di relazione gli spazi di soggiorno o pranzo dell'alloggio e quelli dei luoghi di lavoro, servizio ed incontro, nei quali il cittadino entra in rapporto con la funzione ivi svolta*
- *adattabilità si intende la possibilità di modificare nel tempo lo spazio costruito a costi limitati, allo scopo di renderlo completamente ed agevolmente fruibile anche da parte di persone con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale"* (DM 236/1989 art.2).

“In relazione alle finalità delle presenti norme si considerano tre livelli di qualità dello spazio costruito. L'accessibilità esprime il più alto livello in quanto ne consente la totale fruizione nell'immediato. La visitabilità rappresenta un livello di accessibilità limitato ad una parte più o meno estesa dell'edificio o delle unità immobiliari, che consente comunque ogni tipo di relazione fondamentale anche alla persona con ridotta o impedita capacità motoria o sensoriale. L'adattabilità rappresenta un livello ridotto di qualità, potenzialmente suscettibile, per originaria previsione progettuale, di trasformazione in livello di accessibilità; l'adattabilità è, pertanto, un'accessibilità differita” (DM 236/1989 Art. 3).

Nonostante le leggi, la progettazione architettonica ha sempre fatto riferimento al modello antropometrico della persona in piena efficienza fisica e non al criterio dell'accessibilità, che propone un'architettura adatta alla maggior parte delle persone con bisogni speciali.

In merito all'adeguamento domestico, in presenza di una barriera da eliminare, l'obiettivo è raggiunto quando si trova una soluzione funzionale per la persona, in relazione al contesto, alle possibilità d'intervento e alle risorse economiche. Quindi il riferimento ai parametri della legge sono indicativi ed è la personalizzazione che rende veramente efficace l'intervento.

Chi ne ha diritto

“Hanno diritto a presentare le domande di contributo:

- *i disabili con menomazioni o limitazioni funzionali permanenti di carattere motorio e i non vedenti;*
- *coloro i quali abbiano a carico persone con disabilità permanente;*
- *i condomini ove risiedano le suddette categorie di beneficiari;*
- *i centri o istituti residenziali per i loro immobili destinati all'assistenza di persone con disabilità.*

E' bene ricordare che i disabili in possesso di una certificazione attestante una invalidità totale con difficoltà di deambulazione, hanno diritto di precedenza nell'assegnazione dei contributi” (www.handylex.org).

Su quali opere o edifici può essere richiesto il contributo

Le domande di contributo sono ammesse solo per interventi finalizzati all'eliminazione di barriere architettoniche e sono concedibili per interventi su immobili privati già esistenti (quindi con concessione edilizia rilasciata prima dell'entrata in vigore della legge) dove risiedono persone disabili con menomazioni o limitazioni funzionali permanenti e su immobili adibiti a centri o istituti residenziali per l'assistenza alle persone disabili. I Comuni possono accertare che le domande di finanziamento non si riferiscano ad opere già realizzate o in corso di esecuzione.

“Il contributo può essere concesso per opere da realizzare su:

- *parti comuni di un edificio (es. ingresso di un condominio);*
- *immobili o porzioni degli stessi in esclusiva proprietà o in godimento al disabile (es. all'interno di un appartamento).*

Il contributo può essere erogato per:

- *una singola opera (es. realizzazione di una rampa);*
- *un insieme di opere connesse funzionalmente cioè una serie di interventi volti a rimuovere più barriere che generano ostacoli alla stessa funzione (ad esempio: portone di ingresso troppo stretto e scale, che impediscono l'accesso a soggetto non deambulante)” (www.handylex.org).*

Come presentare la domanda

“La domanda deve essere presentata:

- *al sindaco del comune in cui è sito l'immobile*
- *in carta da bollo*
- *entro il 1° marzo di ogni anno*

- *dal disabile (o da chi ne esercita la tutela o la potestà) per l'immobile nel quale egli ha la residenza abituale e per opere volte a rimuovere gli ostacoli alla sua mobilità”*

(www.handylex.org/).

Cosa allegare alla domanda

La richiesta deve contenere la descrizione delle opere e della spesa prevista. Non è necessario un preventivo analitico né la provenienza dello stesso da parte di un tecnico o esperto, anche se per opere di una certa entità è consigliabile ricorrere ad un progettista.

Alla domanda devono essere allegati il certificato medico e un'autocertificazione.

“Il certificato medico in carta libera può essere redatto e sottoscritto da qualsiasi medico. Deve attestare l'invalidità del richiedente, precisando da quali patologie dipende e quali obiettive difficoltà alla mobilità ne discendano, con specificazione, ove occorre, che l'invalidità si concreta in una menomazione o limitazione funzionale permanente. Le difficoltà sono definite in astratto e non necessariamente con riferimento all'immobile ove risiede il richiedente” (www.comune.imola.bo.it/).

Qualora la persona disabile sia riconosciuta invalida totale, con difficoltà di deambulazione dalla competente ASL, ove voglia avvalersi della precedenza prevista nell'assegnazione dei contributi, deve allegare anche la relativa certificazione della ASL stessa.

L'autocertificazione deve specificare l'ubicazione dell'immobile dove risiede il richiedente e su cui s'intende intervenire (via, numero civico ed eventualmente l'interno). Devono inoltre essere descritti succintamente gli ostacoli alla mobilità correlati all'esistenza di barriere o all'assenza di segnalazioni.

L'interessato deve inoltre dichiarare che gli interventi per cui si richiede il contributo non sono già stati realizzati o in corso di esecuzione. Deve altresì precisare che per le medesime opere non gli siano stati concessi altri contributi.

La persona disabile deve avere effettiva, stabile ed abituale dimora nell'immobile su cui s'intende intervenire. Non si ha diritto ai contributi se l'immobile è dimora solo saltuaria o stagionale o precaria; si perde inoltre diritto al contributo se, dopo aver presentato la domanda o dopo aver effettuato i lavori, si cambia dimora.

Dopo aver presentato la domanda gli interessati possono realizzare le opere senza attendere la conclusione del procedimento amministrativo.

Quale contributo

L'entità del contributo è determinata sulla base delle spese effettivamente sostenute e comprovate. Se le spese sono inferiori al preventivo presentato, il contributo sarà calcolato sul loro effettivo importo. Se le spese sono superiori, il contributo sarà calcolato sul preventivo presentato. Nello specifico:

- *“per costi fino a 2.582,28 € è concesso in misura pari alla spesa effettivamente sostenuta;*
- *per costi da 2.582,29 a 12.911,42 € è aumentato del 25% della spesa effettivamente sostenuta (es. per una spesa di € 7.746,85 , il contributo è pari a € 2.582,28 € più il 25% di € 5.164,57 €, cioè è di € 3.873,42);*
- *per costi da € 12.911,43 a € 51.645,69 € è aumentato di un ulteriore 5% (es. per una spesa di € 41.316,55 il contributo è pari a € 2.582,28 € più il 25% di € 10.329,14 €, più il 5% di € 28.405,13 € cioè è di € 2.582,28 + € 2.582,28+ € 1.420,26 ovvero ammonta a € 6.584,82)”*

(www.comune.imola.bo.it/).

Limiti della legge

La mancanza di una certificazione d'invalidità per accedere al fondo, ma la sola presentazione di un certificato medico, in carta semplice di attestazione di un deficit nella deambulazione ha fatto sì che tale fondo fosse utilizzato in modo indifferenziato.

Un'altra criticità è legata alla mancanza di un tetto nel reddito. Il fondo è stato utilizzato in modo indifferenziato da persone a reddito alto e molto basso. I regolamenti successivi impongono un livello economico al di sopra del quale non è possibile accedere all'agevolazione.

Caso di studio

Breve raccordo anamnestico: GA è una signora di 65 anni emiplegica sinistra, ricoverata in rianimazione in seguito ad ictus emorragico e trasferita presso il Montecatone Rehabilitation Institute struttura idonea ad un trattamento riabilitativo di tipo intensivo (Piano sanitario regionale 1999/2001 – approvazione linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi cerebro lesioni dell'Emilia Romagna -Progetto GRACER- secondo il modello hub e spoke). Il ricovero ha una durata complessiva di 6 mesi. Al quarto mese sono contattata dal fisiatra, referente medico, il quale presenta il caso e riferisce la dimissione programmata a distanza di 2 mesi. La richiesta è in merito ad una valutazione ambientale.

Fase I: Colloquio (Ottobre 2008)

La signora al momento del contatto telefonico con il medico referente presenta: emiplegia sinistra, nessuna quota motoria volontaria presente nell'emilato, impossibilità di verticalizzazione, non è possibile il controllo del tronco in posizione seduta. È presente il controllo sfinterico. A livello cognitivo il dato più significativo è la presenza di emisomatoagnosia.

L'obiettivo degli operatori della struttura di ricovero è impostare un progetto di reinserimento al domicilio.

Ho preso contatti con i famigliari e fissato un appuntamento. La signora vive a Imola con il marito e un figlio. La figlia abita nelle vicinanze. Tutti i famigliari sono molto presenti e partecipano attivamente al nursing della signora anche se ricoverata. Nel primo colloquio ho cercato di individuare le difficoltà e le preoccupazioni della famiglia. È emerso subito il desiderio del reinserimento al domicilio.

Fase II: Valutazione (la prima valutazione è stata quella ambientale)

L'appartamento è di proprietà, posto al primo piano. È presente l'ascensore fin dal pian terreno. La concessione edilizia è antecedente al 1989. Durante la valutazione in situazione ho riscontrato le seguenti criticità:

- In merito all'accessibilità è presente l'ascensore ma ha un'apertura della porta di 54 cm e una profondità del vano di 75 cm.
- La visitabilità dell'appartamento non è possibile poiché nessuno dei due bagni consente l'accesso con la carrozzina.

Le caratteristiche del bagno principale (l'altro è molto piccolo e utilizzato principalmente come lavanderia) sono:

- porta 56 cm con apertura all'interno;
- larghezza vano 1,80;
- profondità 2 metri;
- presenza di vasca (larga 70 cm), water e bidè sul lato sinistro del vano;
- sul lato destro il lavandino sporge di 60 cm dal muro.

Ho presentato la possibilità di dover apportare delle modifiche strutturali nel bagno e in tale caso la necessità di individuare un tecnico progettista. I famigliari sono sembrati subito interessati. Avevano in progetto da qualche tempo una ristrutturazione del bagno perché il marito incontrava difficoltà nell'utilizzo della vasca. Ho accennato anche alla possibilità di accedere a finanziamenti della legge 13/89 e ho descritto l'iter necessario.

Fase III: Progettazione (Novembre 2008)

Il medico referente ha programmato un incontro del team riabilitativo per impostare un progetto finalizzato alla dimissione. A tale incontro erano presenti: fisiatra, fisioterapista, neuropsicologa referenti del caso durante la degenza e le figure professionali del territorio per programmare gli interventi nel post-dimissione: il fisiatra, la coordinatrice dei fisioterapisti del servizio di riabilitazione

ambulatoriale, l'assistente sociale e il fisioterapista del CGA. In tale sede è stato pianificato il progetto assistenziale: ausili necessari alla signora al momento del rientro al domicilio, eventuali modifiche da apportare all'abitazione e le necessità assistenziali. Vi è stata un'ottima integrazione multi professionale. Assieme alla fisioterapista referente, durante la degenza, si è valutata la signora a livello funzionale. In particolare siamo andate in camera e si è verificata la capacità di trasferimento letto-carrozzina; nel bagno la capacità di trasferirsi sul water. In base alle abilità la signora era da considerarsi non collaborante (la presenza di sindrome della spinta e lo scarso controllo antigravitario dell'arto inferiore plegico rendevano i trasferimenti ad alto rischio sia per l'assistito sia per l'assistente).

Fase IV: Attuazione del progetto

Ho nuovamente preso contatti con i famigliari che nel frattempo avevano identificato un tecnico progettista per il coordinamento delle opere murarie e di collegamento per la parte esecutiva (idraulico, muratore e piastrellista). Mettendo in relazione la valutazione delle capacità funzionali della signora e la planimetria del bagno si è deciso di:

- spostare l'apertura della porta più a destra e di posizionare una porta scorrevole;
- eliminare la vasca e mettere un piatto doccia a piano pavimento; di non variare il punto di scarico (il figlio si era procurato il progetto della casa per verificare lo spessore del massetto). Il geometra ha valutato un materiale per il pavimento nella zona doccia che rispetti il coefficiente di attrito da bagnato e di colorazione diversa rispetto al pavimento in modo da rendere visibile una zona potenzialmente bagnata e con lieve dislivello (verso lo scarico). Si è ipotizzato di mettere una parete alta circa un metro in plexiglass per evitare eccessive fuoriuscite di acqua. Il miscelatore sarà posizionato a 80 cm da terra e dall'angolo del muro con possibilità di variazione dell'altezza applicando un'asta saliscendi del telefono della doccia;
- lasciare il bidè nello stesso punto (per gli altri componenti della famiglia);
- spostare il water nella parete di fronte alla porta scostato dal muro a lato di 40 cm e dalla parete posteriore di 30 cm. La scelta di tale posizionamento consente l'accostamento laterale (spazio superiore ad un metro). Inoltre è funzionale poiché consente di avere sulla destra (corrispondente all'arto superiore della signora senza problematiche motorie) la parete attrezzata per il "doccino", il tasto per tirare l'acqua e il campanello di emergenza. Il water non deve presentare particolari caratteristiche è stato scelto tra quelli reperibili in commercio perché è previsto l'uso di una sedia wc doccia alta 50 cm per accedere al water. Il portasciugamani alloggiato nella parete attrezzata accanto al water;
- la scelta del lavabo è invece ricaduta su un modello a vasca larga con i bordi di appoggio per gli avambracci (per compensare lo scarso controllo del tronco) con possibilità d'inclinazione. Messo ad altezza di 80 cm, con sifone "accostato" per consentire il pieno accesso con la carrozzina. Il miscelatore è stato scelto ma, senza particolari caratteristiche. Il portasciugamani fissato sulla destra del lavandino.

Il geometra ha inoltre pianificato l'impianto di riscaldamento, la progettazione e la definizione del preventivo di spesa.

Quando tutto è stato definito è stata depositata presso il comune di residenza la domanda per accedere al finanziamento statale.

Fase V: Prescrizione degli ausili (Dicembre 2008)

Soluzione assistiva:

Si è individuata la carrozzina con le seguenti caratteristiche: telaio pieghevole con struttura leggera e larghezza seduta di 43 cm; dispositivo di estrazione rapida delle ruote grandi; posizionamento variabile in più posizione dei perni delle ruote grandi; posizionamento variabile in più posizioni delle forcelle delle ruote piccole con inclinazione regolabile; presenza delle ruotine per accedere ai passaggi stretti (ascensore); ruote antiribaltamento; prolunga del freno. Si sono valutate la necessità di un cuscino antidecubito e dell'unità posturale all'arto superiore sinistro. La signora è in grado di auto spingersi utilizzando l'arto inferiore e superiore destro: essendo alta 1,70 m non è necessario adottare

una carrozzina ribassata. Il medico ha condiviso le caratteristiche e ha effettuato la prescrizione. Dopo l'autorizzazione la carrozzina è stata consegnata e personalizzata durante il ricovero.

In seguito alla valutazione si è condiviso di scegliere:

- Carrozzina ad autospinta posteriore. Marca OFFCARR modello MINISTAR. Scheda Portale SIVA n° 292.
- Cuscino antidecubito. Marchio JAY modello J2. Scheda SIVA n°: 8855.
- Supporto arto superiore. Marchio OTTO BOCK modello ARM REST PADS-HAND PADS Scheda Portale SIVA n°: 13417.

Ausili per la camera da letto.

La signora ha espresso il desiderio di restare nel letto coniugale. È stato deciso l'utilizzo di un sollevatore mobile per i trasferimenti letto carrozzina.

- Sollevatore mobile ad imbragatura. Marchio VASSILLI modello 10.77/150. Scheda Portale SIVA n° 7331.

Il rischio di sviluppare decubiti era piuttosto basso. La signora in degenza trascorrevva l'intera giornata in carrozzina eccetto un breve riposo pomeridiano. È stato fornito un materasso antidecubito ad aria.

- Materasso antidecubito ad aria. Marchio CHINESPORT modello 16271. Scheda Portale SIVA n° 9323.

Per ridurre il rischio cadute dal letto sono state fornite delle sponde universali da letto.

- Sponde per letto. Marchio MECC SAN. Modello SPONDE UNIVERSALI.. Scheda Portale SIVA n°:17210.

Per facilitare gli aggiustamenti posturali nel letto è stato prescritto un supporto.

- Supporto per alzarsi. Marchio VASSILLI. Modello 10.48 sostegno con base. Scheda Portale SIVA n°: 920

Ausili per il bagno

Per facilitare le cure igieniche si è condiviso l'utilizzo di una sedia wc doccia con apertura anteriore per favorire l'espletamento dell'igiene intima. Le ruote grandi posteriori favoriscono l'autonomia di spostamento. La stessa sedia è utilizzata per la doccia.

- Sedia per doccia con ruote. Marchio AQUATEC. Modello LAGUNA SELF. Scheda Portale SIVA n°: 17101

Nell'alimentazione la signora non riferisce particolari difficoltà. Ha bisogno di assistenza nelle attività che richiedono bimanualità. Le sono stati mostrati gli ausili che permettono una facilitazione (tappetini antiscivolo, posate speciali...) ma la signora non è interessata.

Fase VI: Fornitura degli ausili e verifica prima della dimissione (Metà dicembre 2008)

Il team riabilitativo si è riunito per una verifica prima della dimissione per valutare se gli interventi di ogni operatore si fossero conclusi. In tale sede è stato definito il bisogno assistenziale: inizialmente un accesso settimanale dell'assistenza domiciliare per il bagno. I familiari e gli operatori potranno in base alle esigenze modificare tale collaborazione. Sono identificati come caregivers: il marito e il figlio. Attualmente sono coinvolti nelle attività assistenziali della signora e saranno addestrati prima della dimissione all'utilizzo degli ausili forniti.

Valutazione dei costi

- Costo totale delle opere murarie e di arredo del bagno €7.500 (i familiari hanno inoltrato domanda di rimborso in base alla legge 13/89).

Sono stati prescritti e autorizzati dall'AUSL di Imola i seguenti ausili:

- Carrozzina pieghevole ad autospinta posteriore con cuscino antidecubito e unità posturale per arto superiore: €1.800
- Sedia wc doccia: €350
- Sollevatore mobile elettrico ad imbragatura: €550
- Materasso antidecubito: €84

- Sponde universali: €83
- Supporto letto: €55.

A dicembre la signora è stata dimessa e ha iniziato ad accedere all'UOMR (Unità Operativa di Medicina Riabilitativa) territoriale con frequenza giornaliera.

Fase VII: Follow up (Febbraio 2009)

Il follow-up stato effettuato circa due mesi dopo la dimissione su richiesta della fisioterapista referente sul territorio. Il quadro motorio è decisamente migliorato, la signora è in grado di controllare il tronco in posizione seduta senza appoggi (neppure degli arti superiori). È possibile la stazione eretta con minima assistenza. I passaggi letto di fisioterapia-carrozzina avvengono con assistenza ma in modo sicuro e senza rischio. In sede di team si programma una valutazione in situazione per verificare le soluzioni assistive in base al nuovo quadro funzionale.

Risultati del follow up

Anche a casa la signora è in grado di effettuare i passaggi letto-carrozzina e carrozzina-letto con assistenza. Sono addestrati i caregivers. In bagno è possibile il passaggio sul water ma essendo di altezza standard è difficoltoso il sollevarsi. Si programma una prova con un alzawater.

Si utilizza per la prova l'alzawater disponibile presso il CGA. Con tale ausilio il passaggio posizione seduta-stazione eretta avviene in modo sicuro e con minima assistenza. Viene consigliato di posizionare un maniglione tra i 70 e i 100 cm da terra in diagonale sulla parete attrezzata accanto al water in modo da rendere sicura la stazione eretta nelle manovre di vestizione.

In sede di team riabilitativo si riferisce l'utilità di utilizzo di un rialzo rimovibile per Wc. Il fisiatra effettua la prescrizione. L'assistente sociale riferisce che l'assistenza domiciliare è stata sospesa dopo 3 settimane dalla dimissione perché i famigliari erano stati addestrati e preferivano gestire in autonomia anche il bagno.

- Rialzo rimovibile per WC. Marchio INVACARE modello STIXO 9630E. Scheda Portale SIVA n°: 16819.
- Bracciolo di supporto. Marchio PONTE GIULIO modello IMPUGNATURA DI SICUREZZA. Scheda Portale SIVA n°: 14169.

Si programma il ritiro del sollevatore. In seguito all'autorizzazione si è proceduto alla consegna del rialzo wc.

Valutazione dei costi

- Rialzo rimovibile per wc: €55
- Maniglione: €155.

2.2 Legge regionale 29/1997

La Regione Emilia Romagna, i Comuni, le Aziende USL e altri Enti, attraverso i piani programmatici, promuovono l'autonomia delle persone con disabilità attraverso contributi e agevolazioni per l'acquisto di ausili e altre attrezzature. La collocazione nel territorio della gestione e dell'accesso ai contributi della Legge 29/97, soprattutto quelli relativi all'acquisto di attrezzature e arredi per la casa (art. 10), s'inserisce in una strategia regionale finalizzata a favorire la permanenza della persona, anche gravemente non autosufficiente, nel proprio contesto di vita e familiare.

La funzione dei Centri Ausili non è solo quella di orientare il cittadino in un panorama molto complesso e ricco di opportunità ma molto frammentato, indirizzandolo verso l'Ente competente e il corretto canale di finanziamento per lo specifico intervento, ma anche quella di supportare dal punto di vista tecnico le soluzioni per l'adattamento domestico. Interventi strutturali, automazioni, infissi, sistemi di comunicazione e controllo ambientale, arredi personalizzati e ausili permettono infatti di adattare l'ambiente di vita ai bisogni delle persone con disabilità e quindi di ridurre la limitazione nelle attività e la restrizione alla partecipazione.

La Regione prevede contributi sulla spesa sostenuta per acquistare ausili, attrezzature, arredi personalizzati ed attrezzature informatiche per la casa (art. 10). Non finanzia dispositivi, ausili e protesi indicati nel Decreto del Ministro della Sanità 27 agosto 1999, n. 332.

Si prendono in esame gli articoli che indicano le finalità, i destinatari e le soluzioni finanziabili.

“Art.1- Finalità

(...)la Regione Emilia-Romagna favorisce la vita di relazione e l'integrazione sociale delle persone con disabilità fisica, psichica e sensoriale, residenti nel territorio regionale, attraverso un potenziamento ed una maggiore personalizzazione degli interventi finalizzati a migliorare le opportunità di vita indipendente.

Art.4 -Destinatari

Gli interventi (...) sono rivolti ai portatori di disabilità che si trovano in situazione di grave limitazione dell'autonomia personale. Sono escluse le disabilità derivanti da patologie strettamente connesse ai processi di invecchiamento” (www.regione.emilia-romagna.it/).

Art. 8 - Finalità e destinatari

In questo articolo è ribadita la volontà della Regione di favorire l'uguaglianza di opportunità, la permanenza nel proprio ambiente di vita e la maggiore autonomia possibile delle persone con disabilità tali da assumere la connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104.

La Regione sostiene interventi, non finanziati da altre leggi nazionali o regionali vigenti, rivolti alla dotazione di ausili per la mobilità e l'autonomia, per la gestione dell'ambiente domestico e delle comunicazioni, intese sia dal punto di vista tecnico sia di quello relazionale.

Gli interventi sono ammessi a finanziamento sulla base di un progetto personalizzato predisposto dai competenti servizi pubblici, sociali e sanitari, su richiesta ed in accordo con i cittadini interessati. (www.regione.emilia-romagna.it/).

Art. 9 Acquisto e adattamento di veicoli privati

“1. La Regione concede contributi sulla spesa sostenuta per l'acquisto o l'adattamento di veicoli ad uso privato, utilizzati per la mobilità di cittadini gravemente disabili.

2. Qualora il destinatario dell'intervento non sia il titolare del veicolo, il contributo potrà essere erogato a favore di soggetti che abbiano con il destinatario legami di parentela o di convivenza.

3. La Giunta regionale definisce i criteri e le modalità di accesso ai contributi che non possono comunque essere superiori al quindici per cento in caso di acquisto ed al cinquanta per cento in caso di adattamento, rispetto alla spesa ritenuta ammissibile.

4. A favore dei titolari di patente di guida delle categorie A, B e C speciali, con incapacità motorie permanenti, la Regione concede contributi per la modifica degli strumenti di guida, con i medesimi criteri e modalità previsti al comma 1 dell'art. 27 della legge 5 febbraio 1992 n.104” (www.regione.emilia-romagna.it/).

Tale articolo prevede agevolazioni finalizzate a favorire le opportunità di mobilità e trasporto dei cittadini con disabilità. La Regione concede contributi sulla spesa sostenuta per l'acquisto o l'adattamento di veicoli ad uso privato. Qualora il destinatario dell'intervento non sia il titolare del veicolo, il contributo potrà essere erogato a favore di soggetti che abbiano con il destinatario legami di parentela o di convivenza.

La Giunta regionale definisce i criteri e le modalità di accesso ai contributi che non possono comunque essere superiori al quindici per cento in caso di acquisto ed al cinquanta per cento in caso di adattamento, rispetto alla spesa ritenuta ammissibile.

I contributi possono riguardare:

- *“a) L'acquisto di un autoveicolo con adattamenti particolari alla guida e/o al trasporto e destinato abitualmente alla mobilità di una persona riconosciuta nella situazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92;*
- *b) l'adattamento alla guida e/o al trasporto di un autoveicolo destinato abitualmente alla mobilità di una persona riconosciuta nella situazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92;*

- c) *l'acquisto di un autoveicolo destinato abitualmente alla mobilità di una persona riconosciuta nella situazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92;*
- d) *l'adattamento alla guida di un autoveicolo destinato abitualmente alla mobilità di una persona titolare di patente di guida delle categorie A, B, o C speciali, con incapacità motorie permanenti (art. 27, comma 1, legge 104/92)”*

(Delibera di Giunta - N.ro 2004/1161 - approvato il 21/6/2004 Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art. 9 e art. 10 LR 29/1997).

Le richieste di contributo non possono riguardare interventi finanziati da altre leggi nazionali o regionali, fatte salve le agevolazioni fiscali e le detrazioni previste dalla legislazione vigente (ad esempio l'agevolazione dell'IVA al 4%).

Non è possibile presentare domande con preventivo di spesa. Sono ammissibili le domande relative a spese già effettuate e documentate.

I contributi di cui alle precedenti lettere a), b), c), d), non sono cumulabili tra loro. I titolari di patente speciale nella situazione di handicap grave di cui all'articolo 3 comma 3 della Legge 104/92 devono scegliere se accedere ai contributi di cui alle lettere a) o b), oppure ai contributi di cui alla lettera d).

Criteri per accedere al contributo

Occorre presentare il documento attestante che la persona con disabilità, per la cui mobilità è acquistato l'autoveicolo, possiede la certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92; un'età non superiore ai 65 anni ovvero il possesso della certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 rilasciata prima del sessantacinquesimo anno di età o della certificazione di invalidità con data antecedente al 5 febbraio 1992, data di approvazione della Legge 104/92.

“Sono requisiti di accesso ai contributi di cui alle precedenti lettere a) e b):

- *il possesso da parte della persona con disabilità, per la cui mobilità è acquistato l'autoveicolo, della certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92, rilasciata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge nazionale;*
- *un valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito al nucleo familiare del soggetto intestatario dell'autoveicolo non superiore a 21.000 EURO, calcolato secondo quanto previsto dal D.lgs. 31 marzo 1998 n.109 e successive modifiche ed integrazioni.*
- *la presenza di consolidati e verificabili rapporti di assistenza tra la persona in situazione di handicap grave ed l'intestatario dell'autoveicolo, nel caso si tratti di persone diverse.*

Sono requisiti di accesso ai contributi di cui alla precedente lettera c):

- *il possesso da parte della persona con disabilità, per la cui mobilità è acquistato l'autoveicolo, della certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92, rilasciata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge nazionale;*
- *un'età non superiore ai 65 anni ovvero il possesso della certificazione di handicap di cui alla legge 104/92 rilasciata prima del sessantacinquesimo anno di età o della certificazione di invalidità con data antecedente al 5 febbraio 1992, data di approvazione della Legge 104/92;*
- *un valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito al nucleo familiare del soggetto intestatario dell'autoveicolo non superiore a 13.000 EURO, calcolato secondo quanto previsto dal D.lgs.31 marzo 1998 n.109 e successive modifiche ed integrazioni;*
- *la presenza di consolidati e verificabili rapporti di assistenza tra la persona in situazione di handicap grave ed l'intestatario dell'autoveicolo, nel caso si tratti di persone diverse;*

E' requisito di accesso ai contributi di cui alla precedente lettera d):

- *il possesso di patente di guida di categoria A, B o C speciale con indicazione delle modifiche degli strumenti di guida da apportare sul veicolo”*

(Delibera di Giunta - N.ro 2004/1161 - approvato il 21/6/2004 Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art. 9 e art. 10 LR 29/1997).

Possono chiedere i contributi di cui alle lettere a), b), c) la persona disabile oppure l'intestatario del veicolo, nel caso si tratti di persone diverse. Possono chiedere i contributi di cui alla lettera d) i cittadini con incapacità motorie permanenti titolari di patente di guida di categoria A, B, C speciale. Per accedere ai contributi di cui alla precedente lettera d) occorre il possesso della patente di guida di categoria A, B o C speciale con indicazione delle modifiche degli strumenti di guida da apportare sul veicolo. Sono ammissibili a contributo unicamente le modifiche ai comandi di guida prescritti dalla Commissione per le patenti speciali e riportate sulla patente di guida o sul certificato emesso dalla Commissione.

Il termine per la presentazione delle domande è il 1° marzo di ogni anno per spese effettuate nel corso dell'anno precedente. La richiesta può essere presentata presso il Comune di residenza o altro Ente a tal fine delegato. Nel circondario imolese il referente per l'accettazione della domanda è un operatore dell'ASP (Assistenza Sulla Persona) (www.aspcircondarioimolese.bo.it/).

Indicazioni sugli interventi ammissibili

“Per essere ammessi a contributo gli adattamenti di cui alle lettere a), b), d) devono: 1) risultare dalla carta di circolazione; 2) essere caratterizzati da un collegamento permanente all'autoveicolo; 3) comportare una modifica funzionale alle abilità residue della persona, indispensabile per poter guidare e/o accedere al veicolo.

Gli adattamenti possono riguardare esclusivamente:

- *le modifiche ai comandi di guida prescritti dalla Commissione medica per le patenti speciali e riportati sulla patente di guida della persona con disabilità o sul certificato emesso dalla Commissione medica;*
- *le modifiche della carrozzeria e della sistemazione interna dell'autoveicolo tali da consentire alla persona con disabilità di accedervi e di utilizzarlo.*

I contributi di cui alle lettere a) e b) sono destinati a persone con disabilità di particolare gravità e tali da richiedere di modificare l'autoveicolo in modo sostanziale per poter: entrare nell'abitacolo ed essere trasportati; entrare nell'abitacolo e guidare; guidare.

Si tratta, dunque, di allestimenti generalmente complessi e piuttosto costosi, che si rendono necessari per le persone con gravi disabilità motorie (ad esempio con esiti di paraplegia, tetraplegia, emiparesi, malformazioni congenite arti superiori e inferiori, malattie degenerative, amputazioni bilaterali...) per poter guidare, sedersi sui sedili del veicolo o entrare nel veicolo rimanendo sulla carrozzina.

Sono dunque ammissibili a contributo i seguenti adattamenti al trasporto:

- *pedana sollevatrice ad azionamento meccanico, elettrico o idraulico;*
 - *scivolo a scomparsa ad azionamento meccanico, elettrico o idraulico;*
 - *braccio sollevatore ad azionamento meccanico, elettrico o idraulico;*
 - *paranco ad azionamento meccanico, elettrico o idraulico;*
 - *sedile girevole con rotazione a 90°;*
 - *sistema di ancoraggio delle carrozzelle con relativo sistema di ritenuta della carrozzina con sopra il passeggero(cinture di sicurezza);*
 - *altri dispositivi con le caratteristiche e funzioni sopra indicate e giudicati ammissibili in fase di istruttoria sulla base di idonea documentazione medica e tecnica”*
- (www.emiliaromagnasociale.it/).

Entità del contributo

“Entità del contributo:

- *In caso di acquisto di un autoveicolo adattato - lettera a) - il 15% della spesa sostenuta, fino ad un tetto massimo di spesa ammissibile pari a 31.860 EURO;*
- *in caso di adattamento di un autoveicolo - lettera b) - il 50% della spesa sostenuta, fino ad un tetto massimo di spesa ammissibile pari 8.496 EURO;*
- *in caso di acquisto di un autoveicolo senza adattamenti particolari - lettera c) - il 15% della spesa sostenuta , fino ad un tetto massimo di spesa ammissibile pari a 10.620 EURO;*
- *in caso di modifica degli strumenti di guida per i titolari di patente speciale - lettera d) - il contributo è pari al 20% della spesa sostenuta per gli adattamenti” (www.emiliaromagnasociale.it).*

Modalità di finanziamento

I contributi saranno erogati ai richiedenti in ordine di graduatoria fino ad esaurimento delle risorse disponibili per i contributi in oggetto.

Riepilogando il richiedente dovrà presentare la domanda allegando:

- copia della certificazione di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 in merito alla gravità dell'handicap, rilasciata dalle competenti Commissioni mediche, così come previsto dall'art. 4 della medesima legge 104/92 [requisito per il contributo di cui alle lettere a), b), c)];
- copia della certificazione di cui al comma 3 dell'art. 3 della legge 5 febbraio 1992 n. 104 o della certificazione di invalidità civile con data antecedente al 5 febbraio 1992, rilasciata prima dei 65 anni d'età [requisito per il contributo di cui alla lettera c) in caso di età superiore a 65 anni];
- copia della patente di guida speciale o del certificato riportanti gli adattamenti agli strumenti di guida prescritti dalla competente Commissione [documento per il contributo agli adattamenti agli strumenti di guida di cui alle lettere a), b), d)];
- copia della carta di circolazione dell'autoveicolo riportante gli adattamenti effettuati [documento per il contributo agli adattamenti agli strumenti di guida di cui alle lettere a) e b)];
- copia della documentazione della spesa già effettuata (fattura o ricevuta fiscale) per l'acquisto o l'adattamento del veicolo per il quale si richiede il contributo;
- dichiarazione della Situazione Economica Equivalente (ISEE).

Caso di studio

P.S. è un ragazzo di 20 anni; in seguito ad un incidente stradale avvenuto a fine 2007 ha subito un trauma vertebrale con lesione completa (motoria e sensitiva) del midollo a livello C7. Il quadro è complicato da un'amputazione a livello del terzo distale dell'omero dell'arto superiore sinistro. Il ragazzo indossa una protesi estetica ed è stata abbandonata l'ipotesi di utilizzo di una mioelettrica in quanto la mancata capacità di controllo del tronco non consente l'utilizzo finale della mano artificiale.

Il ragazzo al momento del trauma era residente a Napoli è stato trasferito al Montecatone Rehabilitation Institute appena le condizioni cliniche sono state compatibili al ricovero presso una struttura con un reparto di sub-intensiva (DGR n.1267/2002 piano sanitario regionale 1999/2001 – approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub e spoke). Durante tale ricovero i famigliari hanno deciso di trasferirsi ad Imola. Risiedono in un appartamento in affitto posto al piano rialzato (presenza di 4 gradini per accedere).

Prima della dimissione ho seguito il reinserimento domiciliare eseguendo un sopralluogo al domicilio per valutare l'accessibilità e la visitabilità dell'appartamento. Sono state apportate alcune modifiche in termini di accessibilità ma non sulla visitabilità in quanto sono in affitto ed era stata presentata domanda per l'assegnazione di appartamenti dell'ACER (Azienda Casa dell'Emilia Romagna).

È presentato come caso studio perché dopo un anno il ragazzo ha preso coscienza che la spinta della carrozzina con la monoguida non è funzionale all'autonomia in ambiente esterno.

Colloquio, valutazione dei bisogni e individuazione della tipologia di soluzioni (in settembre 2009)

La richiesta di consulenza proviene dal fisiatra referente delle mielolesioni nell'AUSL di Imola.

Durante il primo contatto si sono valutati i bisogni. Il ragazzo ha espresso quello di essere indipendente nell'ambiente esterno e soprattutto di volere uscire con i suoi amici senza farsi spingere. Valutando la patologia e le problematiche correlate (amputazione arto superiore sinistro) la proposta è stata di consigliare la prova di una carrozzina elettrica, è stata eseguita con una presente al CGA. La prova, in ambiente protetto e in strada, ha avuto esito positivo. A questo punto è emerso il problema di come trasportare la carrozzina elettrica. Il ragazzo, infatti, abita in una frazione con pochi luoghi di aggregazione. Ho esposto la possibilità di acquistare e adattare un'autovettura.

In base alle caratteristiche antropometriche del ragazzo la carrozzina deve avere i seguenti requisiti base: la guida a destra, lo schienale regolabile in altezza (possibilità di prolungarlo), seduta adattabile in profondità e le pedane regolabili in inclinazione in particolare al ginocchio sinistro per la presenza di una paraosteartropatia (POA).

Momento progettuale (metà settembre 2009)

fase I

Le strategie operative sono state le seguenti:

- ho consegnato ai famigliari i nominativi di alcune ditte che eseguono adeguamenti sui veicoli per persone disabili in modo da ottenere informazioni sul modello di auto da acquistare e quale modalità di carico della carrozzina (con il ragazzo seduto sopra) si presenta più conveniente economicamente e funzionalmente;
- svolta un'altra valutazione in situazione per verificare soprattutto l'idoneità della rampa di accesso;
- sono stati presi contatti con la ditta fornitrice dei prodotti in gara dell'elenco 1 (l'AUSL di Imola ha in gara una parte degli ausili presenti nell'elenco 1) per verificare la possibilità di reperire una carrozzina elettrica con le seguenti caratteristiche:
 - Da esterno con comandi di guida a destra;
 - Possibilità di basculamento (lo scarso controllo del tronco e la mancanza di un arto superiore rendono precario l'equilibrio durante i cambi di pendenza);
 - Regolazione della profondità del sedile (occorre di 55 cm): sfruttando una maggiore base di appoggio si aumenta la stabilità e soprattutto si riduce il rischio di generare picchi pressori sugli ischi. Il ragazzo è molto magro e in passato ha sviluppato delle piaghe ischiatiche. Utilizza un cuscino a bolle d'aria ad alto profilo che però rende instabile l'appoggio del bacino e fa "fluttuare il tronco";
 - Possibilità di modificare la lunghezza dello schienale: necessaria per compensare l'altezza del cuscino ad alto profilo. Lo schienale regolabile in lunghezza permette la personalizzazione dell'altezza per facilitare la stabilità al tronco;
 - Regolazione dell'inclinazione delle pedane: la presenza di una paraosteartropatia (POA) al ginocchio sinistro permette una flessione massima di 45°;
 - Variazione dell'altezza dei braccioli: sia con l'obiettivo del confort che della sicurezza;
 - Aggiuntivi: poggiatesta da applicarsi durante il trasporto in auto, cintura di bretellaggio da poter aprire sfruttando una mano sola.
- telefonato al referente del circondario imolese della legge 29/97 per programmare un colloquio con i famigliari per presentare la possibilità di accedere al contributo. La famiglia è già in possesso della certificazione sul reddito ISEE ed è inferiore al limite definito dalla legge 29/97 per l'acquisto o l'adeguamento del veicolo (art.9).

Fase II

- I famigliari hanno valutato le soluzioni proposte per l'auto. La spesa per l'acquisto di un'auto comprensiva dell'agevolazione fiscale dell'IVA al 4% ammonta a 15.000 euro. La modalità di carico della carrozzina, con sopra il ragazzo, condivisa è stata:
 - Pedana elevatrice per automezzi. Marca FOCACCIA. Modello FIORELLA F 300. Scheda Portale SIVA n°:14647. Il preventivo di spesa per la pedana è di 14.000 euro.

- Ho inviato al medico richiedente la relazione delle attività svolte e consigliato i codici di riferimento del Nomenclatore Tariffario per la prescrizione della carrozzina. In seguito alla condivisione da parte del medico specialista della soluzione e all'autorizzazione dell'ausilio ho chiesto una consulenza al fornitore delle carrozzine elettriche ed è stata individuata la carrozzina elettrica con le caratteristiche in precedenza citate.
 - Carrozzina elettronica. Marchio NUOVA BLANDINO. Modello GR 558 BE. Scheda Portale SIVA n°:18203. Costo carrozzina più aggiuntivi €3548.

Fornitura degli ausili (metà ottobre 2009)

Fornitura e personalizzazione della carrozzina. La prescrizione è stata autorizzata dal medico competente e si è proseguito con la fornitura. Al momento della consegna e personalizzazione sono state date le indicazioni di utilizzo, di ricarica delle batterie, della garanzia e assistenza. Il ragazzo ha poi sperimentato la guida della carrozzina.

Entro ottobre è prevista la fornitura dell'automobile con gli adattamenti. In seguito avverrà la presentazione della documentazione per accedere al finanziamento della legge regionale 29/97. Il referente di tale legge ha consigliato di richiedere il contributo in merito all'agevolazione per l'adeguamento del veicolo (rimborso del 50% della spesa sostenuta).

Attività collegate

Il ragazzo ha terminato a giugno il ciclo scolastico della scuola secondaria di secondo grado. A breve inizierà la sua prima esperienza lavorativa frutto di colloquio con l'ufficio del lavoro. Andrà al lavoro accompagnato dalla madre. Il lavoro è al centralino di un'azienda. Si è condiviso, assieme a fisiatra e familiari, che terminato l'espletamento delle pratiche amministrative sarebbe opportuno un accesso per verificare la possibilità di rendere maggiormente ergonomica la postazione di lavoro.

Articolo 10: Interventi per la permanenza nella propria abitazione

“La Regione, al fine di limitare le situazioni di dipendenza assistenziale e per favorire l'autonomia, la gestione e la permanenza nel proprio ambiente di vita, concede contributi finalizzati alla dotazione:

- a) di strumentazioni tecnologiche ed informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane;*
- b) di ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione;*
- c) di attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne”* (www.regione.emilia-romagna.it/).

Sono descritte dettagliatamente le tre tipologie di dispositivi finanziabili:

- ***Strumentazioni tecnologiche ed informatiche per il controllo dell'ambiente domestico e lo svolgimento delle attività quotidiane.***

Sono comprese in tale categoria sistemi di automazione domestica e strumentazioni tecnologiche ed informatiche funzionali ai bisogni della persona, quali ad esempio, automazioni e motorizzazioni per infissi interni (ad esempio porte, finestre, tapparelle, persiane), per infissi esterni (cancelli, porte ecc.) e per componenti (ad esempio ricevitori, attuatori, collegamenti, serrature elettriche), strumentazioni per il controllo ambiente (interruttori, pulsanti, telecomandi, sensori di comando), strumentazioni di segnalazione e controllo a distanza (ad esempio videocitofono o campanello d'allarme), telefoni speciali e strumentazioni di telesoccorso, telemedicina e teleassistenza. Non sono invece ammissibili a contributo spese sostenute per interventi strutturali, vale a dire interventi per modifiche murarie ed adeguamenti strutturali

dell'abitazione (ad esempio per installare infissi, spostare o eliminare pareti). Per tali interventi le domande di contributo devono essere, infatti, presentate al Comune di residenza ai sensi della legge 13/89 prima di effettuare l'intervento ([Determinazione n. 9026/2004](#) Indicazioni su interventi ammissibili e modulistica per l'accesso ai contributi artt.9 e 10 Legge regionale 29/1997 - DGR 1161/2004). Per questa tipologia il contributo è del 50% della spesa sostenuta su un tetto massimo di €13.806 (Delibera di Giunta - N.ro 2004/1161 - approvato il 21/6/2004 Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art. 9 e art. 10 LR 29/1997).

• Ausili, attrezzature e arredi personalizzati che permettono di risolvere le esigenze di fruibilità della propria abitazione.

Sono compresi in tale categoria: elettrodomestici, ausili e arredi, anche generici, purché con caratteristiche ergonomiche e tecniche funzionali alle abilità residue della persona (ad es. complementi di arredo anche automatizzati, pensili e basi, specchio reclinabile motorizzato o speciale, appendiabiti e piani di lavoro reclinabili o estraibili), maniglie e corrimano, arredi con caratteristiche di fruibilità, sanitari e accessori per il bagno (pensili e accessori particolari, water e bidet, doccia, vasche speciali), acquisto e installazione impianti di condizionamento e deumidificazione, rampe mobili, ausili per la vita quotidiana (ad es. stoviglie ed utensili particolari per la cucina, ausili per vestirsi). Non sono invece ammissibili a contributo spese sostenute per l'acquisto di letti, reti o materassi poiché prescrivibili o riconducibili al "Nomenclatore tariffario" degli ausili - DM 332/99 ed anche interventi strutturali, vale a dire interventi per modifiche murarie per adeguare il bagno, nonché opere murarie e strumentazioni o ausili per il superamento delle barriere architettoniche (quali carrozzine a cingoli, montascale mobile a cingoli o a ruote, rampe fisse, servo scala, elevatore, piattaforma elevatrice, mini ascensore per interni o esterni, installazione o adeguamento ascensore). ([Determinazione n. 9026/2004](#) Indicazioni su interventi ammissibili e modulistica per l'accesso ai contributi artt.9 e 10 Legge regionale 29/1997 - DGR 1161/2004). Il contributo è del 50% della spesa sostenuta su un tetto massimo di spesa ammissibile di € 11.682. (Delibera di Giunta - N.ro 2004/1161 - approvato il 21/6/2004 Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art. 9 e art. 10 LR 29/1997).

• Attrezzature tecnologicamente idonee per avviare e svolgere attività di lavoro, studio e riabilitazione nel proprio alloggio, qualora la gravità della disabilità non consenta lo svolgimento di tali attività in sedi esterne.

Sono comprese in tale categoria attrezzature tecnologiche che consentono alla persona con disabilità di svolgere presso la propria abitazione attività di studio, lavoro o riabilitazione, qualora la persona si trovi in una situazione di handicap grave che non consente di svolgere tali attività in sedi esterne, ad esempio per gravi limitazioni della mobilità non compatibili con frequenti spostamenti, dipendenza continuativa dall'uso di attrezzature e ausili sanitari non mobili, disagiati condizioni logistiche e territoriali per il raggiungimento di sedi esterne.

In particolare sono compresi in tale categoria attrezzature quali Personal Computer, periferiche e componenti standard (ad esempio, PC portatile o fisso, monitor, joystick, mouse, trackball, scanner e stampante); ausili per accesso al PC (ad esempio, scudo per tastiera, tastiera con scudo, tastiera portatile con display e/o uscita vocale, tastiera speciale ridotta o espansa, tastiera programmabile, sensore di comando, software e hardware di accesso alternativo o a scansione); software educativi, riabilitativi o per la produttività scolastica e lavorativa, postazioni di lavoro (tavolo da lavoro, sedia ergonomica regolabile, accessori per ergonomia, volta pagine); comunicatori simbolici e alfabetici se funzionali alle abilità della persona e non riconducibili al DM 332/99, strumenti di riabilitazione non prescrivibili, né riconducibili ad ausili compresi nel Nomenclatore Tariffario di cui al DM 332/99 ([Determinazione n. 9026/2004](#) Indicazioni su interventi ammissibili e modulistica per l'accesso ai contributi artt.9 e 10 Legge regionale 29/1997 - DGR 1161/2004). Il contributo è pari al 50% della spesa sostenuta su un tetto massimo di spesa ammissibile di €4.248. (Delibera di Giunta - N.ro 2004/1161 - approvato il

21/6/2004 Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art. 9 e art. 10 LR 29/1997)

Criteri di accesso e valutazione

“Sono requisiti di accesso ai contributi di cui alle precedenti lettere a), b) e c):

- *il possesso da parte della persona con disabilità della certificazione di handicap con connotazione di gravità di cui al comma 3 dell'articolo 3 della legge 104/92, rilasciata ai sensi dell'articolo 4 della medesima legge nazionale;*
- *un valore dell'Indicatore della Situazione Economica Equivalente (ISEE) riferito al nucleo familiare della persona con disabilità non superiore a €21.000”* (www.emiliaromagnasociale.it).

I soggetti ammessi a finanziamento possono presentare ogni anno una sola domanda di contributo riguardante uno o più ausili, attrezzature, arredi o strumentazioni rientranti nelle tre categorie di cui alle lettere a), b) e c) dell'articolo 10 della LR 29/97, fermi restando per ogni categoria il tetto massimo di spesa ammissibile sopra riportato, nonché un tetto massimo di spesa ammissibile pari a EURO 13.806 in caso di acquisto di ausili, attrezzature, arredi o strumentazioni rientranti in più di una delle tre categorie.

“Non è possibile presentare domande con preventivo di spesa. Le domande ammissibili sono quelle relative agli acquisti effettuati nel corso dell'anno precedente.

Non sono ammissibili gli interventi finanziabili dalla legge n. 13/89 “Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati” e prescrivibili o riconducibili al DM 332/98 “Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe” (www.regione.emilia-romagna.it).

Caso di studio

DCS è una signora di 47 anni sposata con 2 figli è affetta da distrofia muscolare progressiva su base neurogena, una patologia degenerativa che ha portato ad un quadro di tetraparesi con paralisi completa agli arti inferiori e un quadro motorio a macchia di leopardo agli arti superiori. Il controllo motorio a livello distale è meno compromesso mentre a livello del cingolo scapolare i test muscolari hanno valori 2: riesce a muovere il segmento valutato solo se posto in una posizione di scarico ma non contro gravità (Kendall et Al. 1985).

La richiesta di consulenza è giunta al CGA da un fisiatra dell'AUSL. La signora ha richiesto una visita fisiatrica domiciliare con l'obiettivo “valutazione ausili”. Il medico prende contatto con il Servizio perché la signora ha espresso l'intenzione di voler sostituire la carrozzina elettrica attualmente in uso poiché non la considera più idonea.

Prima di fissare un colloquio ho ricercato gli ausili forniti in precedenza dall'AUSL di residenza:

- carrozzina elettrica da esterno consegnata 4 anni fa (fine 2004);
- carrozzina manuale (prescrizione e assegnazione effettuate 8 anni fa).

Nel fascicolo cartaceo sono invece presenti preventivi di carrozzine elettriche sempre caduti in prescrizione. In 3 anni ne sono stati presentati 2. Questo è un particolare che pone notevoli difficoltà perché attesta un'importante insoddisfazione dell'ausilio attualmente in uso e una indecisione da parte dell'utente.

Fase I - Colloquio (Febbraio 2009)

Ho deciso di eseguire il colloquio preliminare al domicilio dell'utente. Non conoscendo la persona mi è sembrato utile prendere, da subito, informazioni sull'ambiente e facilitare inoltre l'instaurarsi di rapporto empatico (nel proprio domicilio la signora si sente sicuramente più tranquilla e più facilmente riesce ad esporre le sue problematiche).

La signora ha appena acquistato una casa (da due anni) e ha scelto un appartamento posto al terzo piano in uno stabile con ascensore con comandi di chiamata posti solo in alto. L'accessibilità è consentita con assistenza perché è presente una porta di ingresso comune con un portone in vetro. La visitabilità dell'appartamento non è possibile poiché il bagno è stretto e il lavandino davanti alla porta rende il passaggio agli altri sanitari impossibile (ho capito in seguito che l'accesso al water e bidè sono ininfluenti in quanto l'utente è incontinente).

Dopo il colloquio, durato quasi due ore, riesco a percepire che i bisogni principali riguardano una maggiore autonomia in ambiente domestico e poter uscire per arrivare in centro (distante 2 Km). In particolare la signora manifesta il bisogno di raggiungere gli oggetti (ad esempio in bagno aprire il rubinetto, in cucina di afferrare utensili presenti sulla base di lavoro). La signora rimane parte della mattinata sola e riferisce un affaticamento a restare seduta a lungo. Durante il colloquio ho percepito un forte disagio nel dover parlare con un interlocutore posto su un piano diverso (lei è più in basso); lo ha espresso anche riferendo di non poter guardare fuori dalla finestra. La signora si sposta in ambiente interno utilizzando unicamente la carrozzina elettrica. Nonostante le caratteristiche della carrozzina elettrica le consentano un utilizzo all'esterno non l'ha mai fatto perché si sente insicura. La carrozzina ha una seduta in tela e non è presente un cuscino antidecubito, inoltre lo scarso controllo antigravitarario del tronco e la seduta in tela disassano il bacino. Di conseguenza il rachide si disallinea in un atteggiamento scoliotico con conseguente compenso del capo.

Fase II - Valutazione dei bisogni (Febbraio 2009)

Identificazione delle attività e dei bisogni in ambiente domestico:

- Utilizzo del lavandino
- Raggiungimento della base di lavoro della cucina.
- Cambiamento della postura (variazioni posturali) in carrozzina
- Possibilità di rendersi utile in casa (avere un ruolo nella famiglia)

Si sono valutate le difficoltà. È necessario sopperire al deficit muscolare del cingolo scapolare portando le mani direttamente al livello degli oggetti da prendere (spazzolino, bicchieri, posate ecc)

Strategie proposte:

Purtroppo la carrozzina elettrica con poche possibilità di adattamento rende difficoltoso il raggiungimento del rubinetto e anche della base della cucina: si decide di provare una carrozzina con la seduta regolabile in altezza.

Fase III - Definizione del progetto (Marzo 2009)

Si è preso contatto con il fornitore, degli ausili dell'elenco 1, per definire la prova con una carrozzina con variazione dell'altezza della seduta. Al fine di permettere anche una variazione della postura durante la giornata, nelle ore in cui resta sola in casa, si valuta la possibilità di predisporre una carrozzina con la reclinazione dello schienale e l'inclinazione della pedana elettrificate.

Ho concordato un appuntamento per addestrare la signora all'utilizzo, in ambiente esterno, della carrozzina. Un pomeriggio assieme al marito abbiamo fatto sperimentare alla signora la carrozzina attualmente in possesso. Dopo i primi momenti di tensione è riuscita a utilizzarla con sicurezza. Le ho fatto prendere confidenza con i dislivelli. Si è cercato di identificare un percorso accessibile, con pista pedonale e pochi attraversamenti stradali. I percorsi eseguiti hanno come meta il raggiungimento della scuola del figlio minore, un bar e il supermercato.

Al momento del rientro abbiamo annotato tutte le difficoltà riscontrate:

- Apertura della porta d'ingresso dell'appartamento
- Raggiungimento dei comandi di chiamata dell'ascensore
- Apertura del portone d'ingresso

Il marito prenderà contatti con un tecnico elettricista per valutare la possibilità di automatizzare le aperture delle porte.

Il raggiungimento dei comandi dell'ascensore si dovrebbe risolvere utilizzando la carrozzina regolabile in altezza.

Fase IV - Realizzazione del progetto (Aprile 2009)

Si è concordata la prova della carrozzina elettrica con variazione elettrica dell'altezza della seduta e della regolazione dello schienale e pedane.

La prova ha dato esito positivo. La signora riesce a raggiungere il piano della cucina per prendere oggetti, ad avvicinarsi al lavandino e ad aprire il miscelatore. È stata eseguita la prova anche in ascensore e riesce a premere i pulsanti di chiamata e di selezione piani. La carrozzina entra ampiamente nel vano ascensore.

La reclinazione dello schienale e l'elevazione delle pedane comandate elettricamente consentono di modificare l'assetto posturale durante la giornata e far diminuire il "carico assistenziale". Inoltre nei momenti di assenza dei familiari può ottenere una posizione di clinostatismo.

Per l'indipendenza all'esterno, assieme ad un progettista scelto dalla famiglia, si è valutata un'apertura automatica della porta interna. Sulla porta di ingresso esterna ha espresso delle riserve per la presenza del portone in vetro (non è in grado di garantire la tenuta del sistema di apertura elettrico). È stata valutata anche la possibilità di sfruttare l'uscita dal seminterrato (garage) ma la presenza di un gradino di 5 cm sulla soglia della porta tagliafuoco rende impossibile applicare una pedana per abbattere il dislivello. Non è possibile modificare la porta tagliafuoco.

Nel frattempo il marito ha richiesto il calcolo del reddito ISEE. L'indicatore ha un valore inferiore al limite definito per accedere al contributo con la 29/97 (art 10).

In accordo con la signora si è proceduto alla stesura di un preventivo per l'automatizzazione della porta interna.

Assieme al medico specialista si sono condivise le caratteristiche della carrozzina elettrica: carrozzina elettrica con joystick a destra; regolazione elettrica dell'altezza del sedile; reclinazione elettrica dello schienale, regolazione elettrica delle pedane; variazione in altezza dei braccioli; unità posturale del capo, unità posturale del bacino, lo schienale è stato scelto imbottito ma senza unità posturale per non creare disconfort durante la reclinazione dello schienale; larghezza seduta 44 cm.

- Carrozzina elettronica Marchio Quickie. Modello QUICKIE GROOVE. Costo carrozzina e aggiuntivi €11.500.

Fase V - Prescrizione e assegnazione dell'ausilio (Aprile 2009)

Al medico autorizzatore si sono presentate la prescrizione medica e una relazione per giustificare il preventivo così elevato. La carrozzina elettrica è stata autorizzata.

La personalizzazione ha richiesto circa 2 ore. Si è previsto un momento anche per l'addestramento sia in ambiente interno che esterno.

Fase VI - Follow up (Maggio 2009)

Dopo circa 15 giorni dalla consegna sono stata contattata telefonicamente dalla signora la quale riferisce instabilità e scarsa sicurezza in strada. Inoltre la pedana unica (non sdoppiabile per la presenza dell'elevazione elettrica della pedana) le impedisce di andare sotto i tavolini a gamba unica.

La carrozzina sui terreni con pavimentazione non regolare procede "a singhiozzo". Ho provato a utilizzare il joystick e il difetto non si è verificato. Il problema è stato spiegato con lo scarso controllo propriocettivo del tronco. Le sollecitazioni del terreno non sono controllate dal tronco che reagisce con lievi sobbalzi trasmessi, tramite l'arto superiore, al joystick. Si concorda di prendere contatto con il tecnico per rendere meno sensibile il joystick.

Tale variazione ha reso la carrozzina utilizzabile dalla signora senza eccessive sollecitazioni anche sui terreni non perfettamente pari. La pedana sarà modificata prevedendo uno "scavo" centrale fino a metà della sua profondità. La grandezza dell'apertura centrale sarà decisa dai tecnici della produzione al fine di garantirne la sicurezza.

3. Valutazione dell'esperienza

Le parole cardine, utilizzate in questo elaborato, sono integrazione e conoscenza.

La stesura di questo elaborato mi ha fatto molto riflettere sull'importanza della formazione. Il CGA ha trascurato questo ambito di interesse. Attualmente i soli momenti d'informazione sulle attività del CGA sono limitati alla partecipazione ai team multi-professionali. L'operatore del Centro Ausili esegue con regolarità docenze al Corso di Laurea in Fisioterapia e a quello di Operatore Socio Sanitario. Il Centro nella realtà imolese appare, in quest'ambito, distaccato dai professionisti nella formazione in itinere. Sarebbe auspicabile potere organizzare momenti di formazione anche con il personale medico. Che cosa abbia portato a questa emarginazione non sono in grado di dirlo, anche se, intuisco che le scarse risorse umane disponibili nel CGA abbia facilitato questo "scollamento".

In merito all'importanza dell'integrazione fra le figure professionali riporto alcune frasi tratte dalle linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 *"si è avviato un processo di cambiamento organizzativo e culturale, che considera in primo luogo la capacità dei servizi e dei professionisti di erogare risposte fra loro integrate e orientate a porre l'assistito e la sua famiglia al centro del progetto di cura e assistenza"*. Inoltre: *" gli interventi (...) non possono che tendere ad uno sviluppo integrato delle professionalità attraverso la costruzione di un sistema di relazioni cliniche, assistenziali e organizzative che partendo dal consolidamento della presa in carico della persona, sappiano valorizzare il contributo dei diversi professionisti, integrare competenze, conoscenze e abilità specifiche, pervenire a modelli organizzativi sempre più aderenti alle esigenze espresse e/o latenti"* (GPG 2009/450 - Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali).

4. Bibliografia

Riferimenti normativi nazionali

- D.M. 236/89 "Prescrizioni tecniche necessarie a garantire l'accessibilità, l'adattabilità e la visitabilità degli edifici privati e di edilizia residenziale pubblica sovvenzionata e agevolata, ai fini del superamento e dell'eliminazione delle barriere architettoniche" G.U. 23 giugno 1989 n 145
- D.M. 27 agosto 1999 n. 332 "Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe"
- Legge 9 gennaio 1989, n. 13 "Disposizioni per favorire il superamento e l'eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati." G.U. 26 gennaio 1989 n 21
- Legge 8 novembre 2000, n. 328 "Legge quadro per la realizzazione del sistema integrato di interventi e servizi sociali" pubblicata nella Gazzetta Ufficiale n. 265 del 13 novembre 2000 - Supplemento ordinario n. 186
- Ministero del lavoro, della salute e delle politiche sociali settore salute Piano Sanitario Nazionale (2006-2008)

Riferimenti normativi regionali

- Deliberazione della Giunta Regionale n.1161 del 21 giugno 2004 "Criteri e modalità di accesso ai contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità art.9 e art.10 LR 29/97"
- DGR n.1267/2002 piano sanitario regionale 1999/2001 – approvazione di linee guida per l'organizzazione delle aree di attività di livello regionale secondo il modello hub e spoke
- DGR n. 2068/2004 Il sistema integrato di interventi sanitari e socio-assistenziali per persone con gravissime disabilità acquisite in età adulta
- DGR n.1206/2007 Fondo regionale non autosufficienza. Indirizzi attuativi della deliberazione G.R. 509/07
- GPG 2009/450 - Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008-2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali
- Guida alle agevolazioni e contributi per le persone con disabilità della Regione Emilia Romagna. A cura dell'agenzia delle entrate. Edizione aggiornata al 1 maggio 2008
- I contributi per la mobilità e l'autonomia nell'ambiente domestico a favore di persone con disabilità (artt. 9 e 10 LR 29/97). Relazione anno 2008
- Legge regionale 21 agosto 1997, n.29. Norme e provvedimenti per favorire le opportunità di vita autonoma e l'integrazione delle persone disabili

- Piano sanitario regionale 1999/2001 – approvazione linee guida per l'organizzazione della rete regionale per la riabilitazione delle gravi cerebro lesioni dell'Emilia Romagna (Progetto GRACER) secondo il modello hub e spoke
- Regione Emilia Romagna (2009): Relazione sulla rete dei servizi di informazione e consulenza per l'adattamento dell'ambiente domestico per anziani e disabili. Attività 2008. Regione Emilia Romagna. Programma Casa Amica

Testi e articoli

- Andrich R. (a cura di) (2008) *Progettare per l'autonomia - Ausili e ambiente per la qualità della vita*. Firenze: Giunti OS
- Caracciolo A, Redaelli T, Valsecchi L. (a cura di) (2008) *Terapia occupazionale- ausilio e metodologie per l'autonomia*. Milano: Raffaello Cortina Editore
- ONU (2007): *Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità*. New York: United Nations
- EUSTAT (1999) *Pronti...via! Manuale per l'utente*. Milano: Commissione Europea
- EUSTAT (1999): *Tecnologie per l'autonomia. Linee Guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea
- OMS (2001): *International Classification of functioning, disability and health* Geneve: World Health Organisation
- Kendall H, Kendall F, Wadsworth H (1985): *I muscoli. Esame e studio funzionale*. Padova: Piccin

Sitografia

- www.aspcircondarioimolese.bo.it/
- www.ausl.imola.bo.it/
- www.cittadinanzattiva.it/
- www.comune.imola.bo.it
- [Determinazione n. 9026/2004](#)
- www.disabilitàincifre.it
- www.emiliaromagnasociale.it
- www.handylex.org
- www.oms.it
- www.portale.siva.it
- www.regione.emilia-romagna.it/
- www.unicef.it