



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

Si torna a Casa!

un percorso di apprendimento per operatori che lavorano a domicilio

CANDIDATA: Ioele Francesca
Tipo di elaborato: unità didattica

Abstract: *L'aumento della sopravvivenza di persone che subiscono gravi disabilità interpella in modo sempre più pressante tutta la rete dei servizi pubblici e privati che operano in ambito sanitario e sociale per la riabilitazione/inclusione di questi pazienti, dalla fase più acuta fino al rientro a casa. Partendo dalle Linee guida scaturite dal progetto europeo KPT (Keeping Pace with Assistive Technology) per lo sviluppo delle competenze relative alle tecnologie assistive, il presente lavoro intende formulare una proposta di programma di formazione in questo ambito, per che, nel percorso di continuità assistenziale nell'ambito di un progetto riabilitativo personalizzato, si trovano a "accogliere" la persona con grave disabilità nel suo domicilio. Questo implica l'acquisizione di varie competenze tra le quali quella del supporto alla famiglia e/o caregivers, per l'individuazione di tutte quelle soluzioni che, modificando anche l'ambiente, "ripersonalizzano" un contesto di vita il più altamente inclusivo, secondo la prospettiva proposta dall'ICF. Attraverso alcune interviste agli operatori, si è cercato di individuare i loro bisogni formativi, il livello atteso di apprendimento (di base, intermedio, alto) e le aree di interesse (accessibilità e/o controllo ambiente, comunicazione, accesso al computer, ecc) per costruire un percorso che raggiunga il più possibile le aspettative e gli obiettivi specifici individuati.*

Target. *Operatori della riabilitazione (fisioterapisti, terapisti occupazionali, logopedisti e fisiatristi)*

Obiettivi didattici. *Acquisizione delle competenze di base necessarie per poter proporre alla persona con disabilità adeguate tecnologie assistive.*

Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:

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

1. Introduzione

Il rientro a *domicilio* di un paziente con gravissima disabilità rappresenta la conclusione di un percorso che, iniziato spesso in modo improvviso e traumatico, ha profondamente mutato i rapporti della persona col sé, con gli altri, con l'ambiente; con caratteristiche leggermente diverse sono le problematiche che emergono quando invece la gravissima disabilità insorge progressivamente e "l'ambiente" (domicilio e caregivers) si modifica gradualmente con l'evolvere della malattia.

Per persone con disabilità si intende "coloro che presentano durature menomazioni fisiche, mentali, intellettuali o sensoriali che, in interazione con barriere di diversa natura, possono ostacolare la loro piena ed effettiva partecipazione nella società su base di uguaglianza con gli altri (Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, 2006, art. 1).

La Regione Emilia Romagna con la DGR n.2068/2004 include nelle disabilità gravissime le seguenti patologie:

- gravissime cerebrolesioni acquisite (GCA)
- gravissime mielolesioni
- gravissimi esiti disabilitanti di patologie neurologiche involutive in fase avanzata (es. Sclerosi Laterale Amiotrofica, Corea, ecc).

Scopo di questo lavoro è quello di offrire un modello di percorso formativo e di apprendimento sulle tecnologie assistive, per alcune professionalità (fisioterapisti, fisiatristi, terapisti occupazionali, logopedisti) che, coinvolti con altre figure socio assistenziali in questo tipo di processo, sono chiamati ad offrire le loro conoscenze e competenze per far diventare il domicilio (il quartiere, la città) la "nuova Casa", dove il paziente con i suoi caregivers, può vivere il suo nuovo stato di vita in una più ampia e possibile autonomia e indipendenza.

Nell'individuare le soluzioni da attuare a domicilio, occorre partire dal concetto di ausilio e ricordare il legame inscindibile che esso deve avere con la persona e col contesto. Dal trinomio "accessibilità, ausili, assistenza" si è passati al concetto di *soluzioni assistive*, che in base alle specifiche esigenze di ogni paziente, del suo contesto e delle sue attività, ricercano tecnologie di uso generale o assistive (AAATE Position Paper, 2003). Nel 2007 lo standard internazionale ISO 9999, ha ridefinito il concetto di ausilio indicando "qualsiasi prodotto (inclusi dispositivi, apparecchiature, strumenti, sistemi tecnologici, software) di produzione specializzata o di comune commercio, atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo, alleviare o eliminare menomazioni, limitazioni nelle attività, o ostacoli alla partecipazione". È una definizione che si ispira alla logica ICF (OMS, 2001): gli inglesi hanno definito la disabilità con un nuovo termine, *disablement*, anziché *disability* che però non ha in italiano un nuovo corrispettivo (Andrich, 2007 p.3).

Si vuole anche ricordare che in questa ottica dell'ambiente "globale" (domicilio+territorio), orientamenti attuali del mondo dell'architettura, si stanno interrogando sulle caratteristiche che devono avere le città "come luogo dove si manifestano le maggiori possibilità di creazione - e continua ricreazione - di *capitale sociale*" (Lugli, 2007 p.528) costituito da quei *beni di relazione* legati alla "reciprocità" (Gui, Zamagni, 2002 pp.15-66). È possibile che anche gli operatori sanitari e sociali interagendo con altre professionalità ed istituzioni dedite all'*abitare*, possano dare un contributo a quella *dimensione relazionale* che interroga sempre più le istituzioni e i costruttori di oggi, dimensione che deve essere in grado di progettare case, città, paesaggi *accessibili* a tutti. Nella Convenzione sui diritti delle persone disabili, l'art. 2 definisce il concetto di Progettazione Universale, " ...la progettazione di prodotti, strutture, programmi e servizi utilizzabili da tutte le persone, nella misura più estesa possibile, senza il bisogno di adattamenti o di progettazioni specializzate."

È importante dunque che la formazione degli operatori non debba prescindere dalla competenza che essi devono acquisire per far sì che il paziente e il suo contesto siano facilitati da un processo di inclusione che grazie anche a tutte le tecnologie assistive, offra il miglior stato di salute in un concetto di vita autonoma ed indipendente.

I modelli ICF e KPT

Il modello bio-psico-sociale dell'ICF rappresenta l'idea di fondo di questo programma di formazione: non è questa la sede per approfondirne i suoi fondamenti, diremo solo che continuamente ci si rifarà al concetto di salute in essa declinato per il quale si intende "uno stato dell'intera persona".

Nell'ICF la relazione tra ambiente e persona determina il concetto del "funzionamento" che indica tutti gli aspetti positivi che si realizzeranno tra persona e fattori contestuali, mentre la "disabilità" ne evidenzia gli aspetti negativi; essa viene definita come la *conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute di un individuo e i fattori personali e ambientali che rappresentano le circostanze in cui l'individuo vive* (Caracciolo et al, 2008, p. 45).

Le linee guida utilizzate per l'elaborazione del programma oggetto di questo elaborato, fanno riferimento al KPT, *Keeping Pace with Assistive Technology (Tenere il passo con lo sviluppo delle tecnologie assistive)*, progetto europeo iniziato nell'ottobre 2004 e durato 30 mesi, finanziato dalla Commissione Europea nell'ambito del programma Leonardo da Vinci, coordinato da Evert-Jan Hoogerwerf dell'AIAS Bologna Onlus (Bologna, 2007). In tali linee si parla della formazione continua sulle tecnologie assistive in particolare nelle aree della comunicazione, accesso al personal computer e controllo ambiente e hanno validità per tutte le opportunità di apprendimento formali ed informali che un operatore incontra durante la sua vita professionale.

Il KPT fa sua la seguente definizione di *tecnologie assistive (TA)*: "l'insieme di un'ampia gamma di oggetti, servizi, strategie e pratiche ideate e applicate per ridurre i problemi incontrati dagli individui con disabilità" (Cook e Hussey, 2002 p. 5). L'obiettivo ultimo delle TA è quello di contribuire all'effettivo miglioramento delle persone con disabilità e delle persone anziane aiutando a superare e risolvere i loro problemi funzionali, riducendo la dipendenza dagli altri e contribuendo all'integrazione nelle loro famiglie e società". L'ICF ha una ricaduta sulla formazione sulle TA, perché si presenta come uno schema di riferimento multidimensionale che integra i modelli sociale e sanitario della disabilità.

2. I bisogni formativi degli operatori e il contesto normativo

Per la definizione della proposta di un programma di apprendimento per operatori che si recano al domicilio di pazienti con gravissime disabilità, sono stati individuati alcuni bisogni formativi sia facendo una *revisione dei questionari* di fine corso raccolti al termine di 3 eventi formativi dell'anno 2008 dal Centro Regionale Ausili di Bologna e sia attraverso *interviste semistrutturate* ad operatori dei profili target del presente lavoro, svolte a cavallo del primo e secondo semestre del 2009. Inoltre si è indagato sulle aree e relativa incidenza per le quali viene richiesto un intervento relativamente agli ausili a domicilio, e quali siano i bisogni di tali operatori di "sapere di più".

Dati Centro Regionale Ausili di Bologna - Anno 2008

Partecipanti complessivi n. 66 di cui	47 ft 14 medici , 2 geometri 2 educatori professionali 1 dirigente infermieristico
Bisogni formativi espressi sulle seguenti aree	29 adattamento casa 25 vita quotidiana 22 comunicazione 21 mobilità/controllo ambiente 20 cura personale 13 accessibilità 10 software educativo

Modalità di approfondimento (potevano indicare più opzioni)	10 hanno scelto workshops su casi clinici 6 hanno scelto giornate di studio e laboratori 5 hanno scelto seminari monotematici
Professionisti intervistati	2 terapisti occupazionali 11 fisioterapisti 2 fisiatristi 1 pedagogista/educatore
Bisogni formativi espressi sulle seguenti aree	8 <u>Adattamento casa</u> 6 <u>Procedure di cure</u> 6 <u>Domotizzazione/accesso al pc</u> 5 <u>Mobilità/postura</u> 4 Autonomia della persona 3 Comunicazione
Uso dell'ICF nella pratica professionale (alcune risposte costanti)	Poco conosciuta, poca informazione, mancanza di tempo e difficile da utilizzare, vincente in chi ha sposato l'ottica funzionale, sta modificando lentamente il modo di vedere

Nella legge 2068/2004, la Regione Emilia Romagna (cap.2, comma 7), definisce che per preparare una adeguata dimissione del paziente, devono essere attivati una serie di interventi programmati e organizzati nei confronti dei seguenti soggetti o strutture:

- famiglia
- equipe multiprofessionale
- equipe distrettuale delle cure primarie
- equipe domiciliare sociale
- servizi di assistenza sociale
- adattamento dell'ambiente domestico funzionale all'assistenza.

I dati al 31/12/2008 relativi all'attuazione della 2068 in tutta la regione Emilia Romagna, dichiarano che sono stati seguiti complessivamente nel 2008, 987 pazienti con interventi diversificati (478 con assegno di cura e 528 con assistenza domiciliare) con una incidenza del 2,3 *10.000 abitanti.

Inoltre la DGR n.509/2007 ha istituito il Fondo Regionale della Non Autosufficienza (FRNA) che prevede la definizione di un Progetto assistenziale individuale integrato (PAI), elaborato dall'Equipe di valutazione multiprofessionale dell'area disabili. Questo fondo finanzia, in relazione ad un reddito ISEE di tetto massimo di 34.000 euro annui, una serie di contributi relativi:

- rientro al domicilio dell'utente;
- presenza di gravi difficoltà da parte dell'utente o del caregiver nella gestione della vita quotidiana;
- impossibilità di accesso ad altri finanziamenti (legge 13/1989 e LR 29/1997) in tempi brevi previsti dal PAI.

L'AUSL di Bologna, inoltre in un suo documento aziendale proprio nel 2009, dando ulteriore sviluppo applicativo ad un suo documento dal titolo: *La visione, le strategie e gli obiettivi per l'anno 2007 – Linee Guida al budget*, dopo aver ribadito l'intento di agevolare la continuità assistenziale del paziente nel suo passaggio dall'Ospedale al Territorio, individua nel *bisogno riabilitativo complesso*, una condizione del paziente che prevede l'elaborazione del progetto riabilitativo individuale da parte di un team riabilitativo che spesso è la commissione Distrettuale della legge 2068.

L'AUSL ha individuato in questa direttiva, il punto di valutazione fisioterapica che tra l'altro:

- rappresenta lo snodo essenziale nel passaggio spesso critico del paziente con bisogno riabilitativo dall'Ospedale al Domicilio;
- propone gli ausili più adatti con l'eventuale consulenza del Centro Adattamento Ambiente Domestico (CAAD) in tempo utile;
- collabora con tutti gli operatori sanitari e non del territorio per la costruzione del Piano Assistenziale Individuale.

Queste indicazioni, integrate con i bisogni formativi evidenziati, hanno portato all'elaborazione di una proposta di percorso di apprendimento che "guarda" nel concreto quali tipi di competenze,

vengano oggi richieste agli operatori sanitari che lavorano sul territorio e in particolare, al domicilio di pazienti con gravi/gravissime disabilità e che richiedono un allargamento su più vaste aree, tante quante sono le dimensioni di partecipazione e autonomia che ogni paziente presenta in modo spesso dinamico. Tali competenze si avvalgono di conoscenze sulle tecnologie, competenze sulle compatibilità per es. ambiente-ausilio e abilità di creare sinergie funzionali nel territorio.

Le interviste inoltre hanno evidenziato il grande bisogno di affrontare l'aggiornamento sulle TA collegandole a tematiche specifiche offerte da alcuni casi clinici.

3. I modelli formativi di riferimento

Nell'articolazione di questa proposta formativa si è tenuto conto di alcuni mutamenti significativi occorsi in questi ultimi anni che hanno visto il mutare delle strategie relative alla formazione professionale. Già nel 1999, nell'ambito del progetto EUSTAT (Empowering Users Through Assistive Technology), su mandato della Commissione Europea DG XIII, è stato realizzato dalla Fondazione Don Gnocchi di Milano un percorso di formazione per operatori ed utenti su "come individuare metodologie e modalità con cui le conoscenze in merito agli ausili possano essere trasferite direttamente nelle mani dell'utente". Sono stati pubblicati due volumi destinati uno alla formazione degli utenti ed uno contenente le linee guida per i formatori (Consorzio EUSTAT, 1999).

In quest'ultimo, nella sezione dedicata ai percorsi formativi per gli operatori, si evidenziano a fini didattici, 3 importanti aree di approfondimento delle conoscenze relative agli ausili:

- area umana;
- area tecnologica;
- area socio-economica.

Inoltre sono elencati alcuni metodi didattici consoni all'educazione sugli ausili. Alcuni di essi sono: la lezione, il lavoro di gruppo, la simulazione, il role-playing, il learning by doing (imparare facendo), ecc. (Consorzio EUSTAT, 1999 p.p. 5-51).

Nel progetto KPT si identificano *tre* livelli di apprendimento: base, intermedio, avanzato. Gli autori riconoscono che questa definizione è usata all'interno del progetto in modo arbitrario. Da parte nostra, si accetta ai fini solo di un intento che non è tanto legato alla terminologia, quanto ai contenuti. Si intenderà quindi come apprendimento a:

- Livello *base*: per chi è nuovo nel campo delle TA. Si introducono i concetti generali e fondamentali sulle TA che preparano a lavorare in contesti ben strutturati in cui il ruolo e la responsabilità degli operatori riguardano il supporto degli utenti nell'utilizzo funzionale di TA e nel monitoraggio dell'efficacia dei suoi utilizzi (*EQF 2 - 4*);
- Livello *intermedio*: prepara gli studenti a fornire supporto agli utenti con bisogni più complessi ed essere un punto di riferimento per altri operatori che lavorano in contesti specifici (*EQF 5*);
- Livello *avanzato*: prepara gli studenti a condurre interventi complessi in TA, con valutazioni multidisciplinari e capacità di promuovere ricerca ed innovazione (*EQF 6 -7*) (Gresswell, Hoogerwerf, 2007 p.20).

Questi tre livelli sono stati associati ai livelli del Quadro europeo delle Qualifiche - EQF- (Commission Staff Working Document, 2005 p.11). Come supporto alla progettazione ed in riferimento ai livelli dell'EQF, sono state individuate competenze che riguardano TA, suddivise tra le aree delle conoscenze, delle abilità e delle competenze umane e professionali. Come strumento concreto di supporto per la progettazione, è stata formulata una *griglia* per la descrizione di un programma di apprendimento (allegato1).

"L'EQF è un sistema di riferimento articolato su 8 livelli di apprendimento che vorrebbe facilitare ed accrescere la libera circolazione delle persone nello spazio comune europeo, grazie ad un sistema che renda "trasparenti" i risultati di apprendimento finali di ciascuna qualifica. Nell'EQF, il singolo risultato dell'apprendimento viene definito da ciò che un individuo conosce, comprende e sa fare al termine di un processo di apprendimento.

L'EQF si concentra pertanto sui risultati dell'apprendimento (piuttosto che sugli input, quali la durata del periodo di studi), che vengono delineati secondo tre categorie: conoscenze, abilità e

competenze. Ciò significa che le qualifiche, in combinazioni differenti, si riferiscono a un ampio ventaglio di risultati dell'apprendimento, incluse le conoscenze teoriche, le abilità pratiche e tecniche e le competenze sociali, che prevedono la capacità di lavorare insieme ad altre persone. Dunque non riguarda solo una categoria di professionisti, ma tutte quelle qualifiche ottenute attraverso percorsi formativi formali, non formali ed informali". (Quadro Europeo delle Qualifiche per l'Apprendimento Permanente, 2008 p.12).

Gli 8 livelli possono essere così riassunti: *(in corsivo i livelli a cui si riferisce il nostro percorso)*

Livello	Conoscenze Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche, le conoscenze sono descritte come <u>teoriche e/o pratiche</u> .	Abilità Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche, le abilità sono descritte come <u>cognitive</u> (comprendenti l'uso del pensiero logico, intuitivo e creativo) e <u>pratiche</u> comprendenti l'abilità manuale e l'uso di metodi, materiali, strumenti e ausili	Competenze Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche, le competenze sono descritte in termini di <u>responsabilità e autonomia</u> .
1	Conoscenze generale di base	Abilità di base necessarie a svolgere mansioni /compiti semplici	Lavoro o studio, sotto la diretta supervisione, in un contesto strutturato
2	Conoscenza pratica di base in un ambito di lavoro o di studio	Abilità cognitive e pratiche di base necessarie all'uso di informazioni pertinenti per svolgere compiti e risolvere problemi ricorrenti usando strumenti e regole semplici.	Lavoro o studio sotto la supervisione con una certo grado di autonomia
3	<i>Conoscenza di fatti, principi, processi e concetti generali, in un ambito di lavoro o di studio.</i>	<i>Una gamma di abilità cognitive e pratiche necessarie a svolgere compiti e risolvere problemi scegliendo e applicando metodi di base, strumenti, materiali ed informazioni</i>	<i>Assumere la responsabilità di portare a termine compiti nell'ambito del lavoro o dello studio; adeguare il proprio comportamento alle circostanze nella soluzione dei problemi</i>
4	<i>Conoscenza pratica e teorica in ampi contesti in un ambito di lavoro o di studio</i>	<i>Una gamma di abilità cognitive e pratiche necessarie a risolvere problemi specifici in un campo di lavoro o di studio</i>	<i>Sapersi gestire autonomamente, nel quadro di istruzioni in un contesto di lavoro o di studio, di solito prevedibili, ma soggetti a cambiamenti; sorvegliare il lavoro di routine di altri, assumendo una certa responsabilità per la valutazione e il miglioramento di attività lavorative o di studio</i>
5	<i>Conoscenza teorica e pratica esauriente e specializzata, in un ambito di lavoro o di studio e consapevolezza dei limiti di tale conoscenza</i>	<i>Una gamma esauriente di abilità cognitive e pratiche necessarie a dare soluzioni creative a problemi astratti</i>	<i>Saper gestire e sorvegliare attività nel contesto di attività lavorative o di studio esposte a cambiamenti imprevedibili; esaminare e sviluppare le prestazioni proprie e di altri</i>
6	Conoscenze avanzate in un ambito di lavoro o di studio, che presuppongano una comprensione critica di teorie e principi	Abilità avanzate, che dimostrino padronanza e innovazione necessarie a risolvere problemi complessi ed imprevedibili in un ambito specializzato di lavoro o di studio	Gestire attività o progetti, tecnico/professionali complessi assumendo la responsabilità di decisioni in contesti di lavoro o di studio imprevedibili; assumere la responsabilità di gestire lo sviluppo professionale di persone e gruppi.
7	Conoscenze altamente specializzata, parte delle quali all'avanguardia in un ambito di lavoro o di studio, come base del pensiero originario e/o della ricerca; consapevolezza critica di questioni legate alla conoscenza all'interfaccia tra ambiti diversi	Abilità specializzate, orientate alla soluzione di problemi, necessarie nella ricerca e/o nell'innovazione al fine di sviluppare conoscenze e procedure nuove e integrare la conoscenza ottenuta in ambiti diversi	Gestire e trasformare contesti di lavoro o di studio complessi, imprevedibili che richiedono nuovi approcci strategici; assumere la responsabilità di contribuire alla conoscenza e alla prassi professionale e/o di verificare le prestazioni strategiche dei gruppi
8	Le conoscenze più	Le abilità e le tecniche più avanzate e	Dimostrare effettiva autorità,

	all'avanguardia in un ambito di lavoro o di studio e all'interfaccia tra settori diversi	specializzate, comprese le capacità di sintesi e di valutazione, necessarie a risolvere problemi complessi della ricerca e/o dell'innovazione e ad estendere e ridefinire le conoscenze o le pratiche professionali esistenti	capacità di innovazione, autonomia, integrità tipica dello studioso e del professionista e impegno continuo nello sviluppo di nuove idee o processi all'avanguardia in contesti di lavoro, di studio e di ricerca.
--	--	---	--

Questi obiettivi /risultati di apprendimento riguardano:

- le **conoscenze (Knowledge)**: risultato dell'assimilazione di informazioni attraverso l'apprendimento. Le conoscenze sono un insieme di fatti, principi, teorie e pratiche relative ad un settore di lavoro o di studio. Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche le conoscenze sono descritte come teoriche e/o pratiche;
- le **abilità (Skill)**: indicano le capacità di applicare conoscenze e di utilizzare know-how per portare a termine compiti e risolvere problemi. Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche le abilità sono descritte come cognitive (comprendenti l'uso del pensiero logico, intuitivo e creativo) o pratiche (comprendenti l'abilità manuale e l'uso di metodi, materiali, strumenti);
- le **competenze più ampie (competence)**: comprovata capacità di utilizzare conoscenze, abilità e capacità personali, sociali e/o metodologiche, in situazioni di lavoro o di studio e nello sviluppo professionale e personale. Nel contesto del Quadro europeo delle qualifiche le competenze sono descritte in termini di responsabilità e autonomia (Bettiol, 2008).

La proposta di utilizzare nei percorsi di apprendimento sulle tecnologie assistive tale sistema di riferimento, potrebbe innescare lentamente un processo di condivisione di linguaggi e competenze comuni attraverso cui utenti e formatori, potrebbero "capirsi" nella casa comune europea e incentivare tutti quei processi di inclusione che, partendo dalle agenzie formative quali le università, potrebbero estendersi a tutte le forme del pensare, comunicare, progettare e attuare.

Inoltre dalle interviste svolte per individuare i bisogni formativi degli operatori, nella quasi totalità del campione, abbiamo visto come sia emersa la scarsa conoscenza e il limitatissimo utilizzo della classificazione ICF nella pratica quotidiana professionale. Nel progetto di apprendimento proposto in queste pagine, invece si è deciso di compiere almeno un primo passo, e cioè quello di servirsi della check list dell'ICF applicandola ad un caso studio (anche se nel percorso da realizzare se ne prevedono 2), come esempio di un metodo di lavoro che veda tutti gli operatori impegnati ad utilizzare sempre più questa classificazione degli stati di salute e degli stati ad essa correlati.

D'altra parte la valutazione degli ausili, secondo la logica ICF si deve "attuare secondo un approccio globale, che prenda in considerazione la persona, il contesto e le sue dinamiche, le funzioni attese e il ruolo delle possibili soluzioni tecnologiche di ausilio.." (Bitelli, 2008).

La Checklist ICF, come si legge nella sua introduzione: "permette di arrivare a cogliere la complessità del profilo di funzionamento di una persona utilizzando una selezione di 128 codici". La sua struttura gerarchica permette di risalire dal codice più dettagliato, sempre a quello di primo livello, più generale. (OMS, 2003)

A quale tipo di apprendimento ci riferiamo?

"Si riteneva che ci fosse un tempo per l'apprendere e un tempo per applicare quanto appreso, un tempo del conoscere e un tempo del fare. In questi ultimi anni ci si è resi conto che non è così e che l'apprendimento e l'applicazione si intersecano in una singolare alternanza di fasi capaci di stimolarsi a vicenda e si è capito che non c'è una formazione che prepara alla vita, ma una formazione lungo tutto l'arco della vita. Una formazione che si sostanzia di esperienze, che rappresenta l'antefatto, si parla così di "lifelong learning", cioè di un apprendimento in grado di orientare, sostenere e ri-orientare la vita stessa. (...) Una popolazione con un'età media sempre più alta sottolinea la necessità di un aggiornamento continuo e di un rinnovamento delle conoscenze e

delle competenze.(...) Il problema è causato inoltre, dalla tendenza a considerare l'apprendimento acquisito in contesti non formali o informali (per esempio sul luogo di lavoro) come inferiore all'apprendimento destinato al conseguimento di qualifiche professionali collocato nell'ambito dell'educazione/formazione iniziali" (Rocchi, 2005).

Nel novembre del 2001, la Commissione delle Comunità Europea, ha pubblicato un documento dal titolo "Realizzare uno spazio europeo dell'apprendimento permanente" con questo sottotitolo: "Quando fai piani per un anno, semina grano. Se fai piani per un decennio pianta alberi. Se fai piani per la vita, forma e educa le persone." Proverbio cinese: Guanzi (c 645BC). Nei suoi allegati, precisamente nel II, è stato definito un glossario da cui si sono estrapolate ai nostri fini, alcune definizioni, che possono in questo nostro contesto, far riflettere su un nuovo modo di procedere nei percorsi formativi che si realizzano specie in sanità, e a cui si riferisce in parte anche la filosofia del KPT:

Apprendimento formale

È l'apprendimento erogato tradizionalmente da un'istituzione di istruzione o formazione, strutturato (in termini di obiettivi di apprendimento e tempi o risorse per l'apprendimento) e sfociante in una certificazione. L'apprendimento formale è intenzionale dal punto di vista del discente.

Apprendimento informale

Apprendimento risultante dalle attività della vita quotidiana legate al lavoro, alla famiglia o al tempo libero. Non è strutturato (in termini di obiettivi di apprendimento, di tempi o di risorse) e di norma non sfocia in una certificazione. L'apprendimento informale può essere intenzionale, ma nella maggior parte dei casi non lo è (ovvero è "fortuito" o casuale).

Apprendimento permanente (*talora istruzione e formazione permanente/lungo tutto l'arco della vita o lifelong learning*)

Apprendimento non formale

Un apprendimento che non è erogato da un'istituzione d'istruzione o formazione e che non sfocia di norma in una certificazione. Esso è peraltro strutturato (in termini di obiettivi di apprendimento, di tempi o di risorse per l'apprendimento). L'apprendimento non formale è intenzionale dal punto di vista del discente.

Inclusione sociale

Si dà allorché le persone possono partecipare appieno alla vita economica, sociale e civile, allorché il loro accesso al reddito e ad altre risorse (personali, familiari, sociali e culturali) è sufficiente per consentire loro di fruire di un livello di vita e di una qualità della vita considerati accettabili dalla società in cui vivono e allorché sono pienamente in grado di far valere i loro diritti fondamentali.

Mediatore di apprendimento

Qualsiasi persona agevoli l'acquisizione di conoscenze e competenze determinando un contesto di apprendimento favorevole, comprese le persone che esercitano una funzione d'insegnamento, formazione o orientamento. Il mediatore orienta il discente fornendogli linee guida, commenti e consigli nel corso del processo di apprendimento oltre ad assisterlo nello sviluppo delle conoscenze e competenze (COM, 2001).

Sarebbe auspicabile che i professionisti che operano nell'ambito delle tecnologie assistive, possano sempre più essere simili a questi "mediatori di apprendimento" nei confronti di altri professionisti, delle famiglie e delle istituzioni al fine di far raggiungere alla persona con GDA, una più alta qualità di vita.

Vogliamo solo citare qui per ultimo, anche un altro tipo di apprendimento che potrebbe essere utile al nostro percorso formativo specie per sviluppare una metodologia di "team" che permetta di individuare le migliori soluzioni per la persona, "centro" del nostro lavoro. È l'apprendimento che gli anglosassoni chiamano Problem Based Learning (PBL) basato sulla Metodologia "7 salti". L'Università di Maastricht (Olanda) ha adottato il PBL in vari curriculum universitari e lo ha

ampiamente analizzato e valutato: si tratta di un processo di apprendimento durante il quale un gruppo di persone, partendo da un determinato problema, definisce e approfondisce un tema e lo discute insieme. La strategia consiste in attività di apprendimento strutturate intorno a progetti da implementare, all'interno dei quali ci sono dei problemi da esplorare e risolvere. I contenuti oggetto dell'apprendimento vengono proposti induttivamente agli studenti, come strumenti necessari alla realizzazione del progetto o alla soluzione del problema. È un metodo che si sta provando a sperimentare anche in alcune facoltà italiane di medicina attraverso cui gli studenti acquisiscono la capacità di "imparare ad imparare". Lavorare *collaborativamente* richiede agli studenti di:

- generare nuove idee o possibili soluzioni;
- identificare le informazioni disponibili che siano correlate al problema;
- individuare risorse da consultare;
- assegnare compiti ai diversi componenti del gruppo;
- proporre soluzioni (Stockbrugger, 2005).

4. L'itinerario formativo

4.1 Strumenti di lavoro

In ogni gruppo, saranno a disposizione dei partecipanti i seguenti strumenti di lavoro:

- una copia della Check list ICF per potersi confrontare sui codici da attribuire nell'individuazione delle soluzioni assistive affinché cresca sempre più l'abitudine interprofessionale di ragionare secondo tale ottica;
- il materiale cartaceo relativo alle leggi nazionali e regionali e nomenclatore tariffario, DM 332 del '99 citati come esempi nel presente percorso;
- un computer collegato in rete per visitare i diversi portali;
- lucidi dove sintetizzare le tecnologie assistive individuate in ogni gruppo da presentare in plenaria.

Il fatto che da ogni gruppo potrebbero emergere soluzioni diverse, pur con gli stessi docenti "facilitatori", può indurre i partecipanti a riflettere ulteriormente non tanto su quali soluzioni siano le più giuste, quanto su quanto esse siano davvero adeguate all'*ambiente* inclusivo di cui si è parlato all'inizio e che chiede conto della qualità di vita che si vuole ricercare per ogni persona con GDA che torna o vuol vivere nel suo domicilio.

4.2 Il percorso: caratteristiche e criticità

Fatte queste premesse, si è ipotizzato un percorso di apprendimento in 3 moduli, di livello base/intermedio e con livello EQF pari a 3/4 per i primi due moduli (incentrati su due casi clinici con esigenze di vita diverse e per questo chiamati *workshops*), e livello 5 per il terzo modulo, ognuno accreditato singolarmente come evento inserito nell'Educazione Continua in Medicina (ECM): numero massimo di 24 partecipanti per far sì che il lavoro all'interno di ogni gruppo faciliti la partecipazione attiva di tutti i presenti.

Un paziente con GDA e i suoi caregivers, non presenta mai un'unica problematica nel suo adattamento a domicilio, specie quando il tema per es. del superamento delle barriere verticali entra in uno spazio che è pubblico/condominiale, o quando a volte esiste una frammentazione e latenza di interventi sociali e finanziari. La priorità che qui si è voluto dare, sta piuttosto nella *metodologia di lavoro* secondo una logica di *funzionamento* sostenuta da *linguaggi e livelli di apprendimento* condivisi, aspetti che, nella pratica lavorativa spesso presentano notevoli criticità.

Si ipotizza pure il fatto che, l'aver dichiarato al momento della pubblicizzazione del percorso (per es. sul sito del Centro regionale ausili di Bologna) quali siano gli obiettivi di apprendimento del percorso, predisponga i partecipanti ad avere le giuste aspettative rispetto ad ogni modulo. Non è molto frequente partecipare a percorsi incentrati su casi clinici che soddisfino i bisogni di conoscenze

di operatori con professionalità e competenze diverse, ma la metodologia e gli obiettivi esplicitati all'inizio di ogni workshop, può facilitare uno scambio costruttivo di conoscenze. Un prerequisito per la partecipazione a questo percorso è che gli operatori conoscano un po' la logica ICF e lo strumento della Checklist.

La sfida è quella di operare una sorta di *formazione sulle tecnologie assistive per l'autonomia ed indipendenza* partendo da un coinvolgimento attivo dei partecipanti come protagonisti del loro apprendere. Inoltre il fare riferimento a livelli di apprendimento descritti e dichiarati come propone il modello KPT, potrebbe costituire un obiettivo di formazione "a step" delle aziende e/o istituzioni nei riguardi dei propri operatori professionali.

Il modello di lavoro che è adottato nel Centro regionale Ausili di Bologna, preso come "contesto" ideale del presente percorso di apprendimento, ha alcune peculiarità che rappresentano una vera risorsa per il territorio regionale e non solo. Infatti i servizi del Centro Ausili Tecnologici (CAT), il Centro Adattamento Ambiente Domestico (CAAD), e il Centro regionale Ausili (CRA), coordinandosi attraverso un responsabile e rispettivi referenti operano:

- in sedi contigue in un'unica area di lavoro suddivisa funzionalmente;
- hanno incontri quindicinali di "area ausili" dove si elaborano linee di attività comuni, momenti formativi trasversali e approfondiscono problematiche operative riferite a tematiche di vario ordine (per es. applicazioni di direttive regionali);
- condividono in modo prestabilito, consulenze a operatori e utenti in modo integrato;
- utilizzano gli stessi spazi espositivi (mostra permanente CRA e CAT) relativi ad ausili tecnologici, per la mobilità, vita quotidiana, igiene e due appartamenti domotizzati.

I professionisti di tali centri (ingegneri, architetto, educatori, fisioterapisti, geometra, tecnici informatici) sono formati a questa *ottica di interprofessionalità* ed è questa competenza che si vuole estendere ad altri operatori.

4.3 Esempio di struttura del 1° modulo (workshop)

I primi due moduli saranno articolati in workshop ognuno su un caso clinico diverso, in cui i partecipanti si divideranno in 3 gruppi e lavoreranno per sessioni di lavoro della durata di 1,30' c.a. Ogni gruppo avrà un proprio luogo di lavoro (setting di apprendimento) e sarà guidato da professionisti diversi che approfondiranno un problema di salute per volta attraverso esercizi di problem solving applicati alle tecnologie assistive. Nel caso qui sotto riportato come esempio, i gruppi saranno così guidati:

- a) Da un *fisioterapista* per l'individuazione di una carrozzina elettronica, il trasferimento in bagno e individuazione di una sedia doccia per vasca; si identifica la sede di lavoro di tale gruppo nell'area della mostra dedicata alla mobilità/vita quotidiana;
- b) Da un *ingegnere e un educatore esperto in CAA* per definire la centralina del controllo ambiente e il comunicatore più adeguato; si identifica la sede di lavoro di tale gruppo nell'appartamento domotizzato;
- c) Da un altro *fisioterapista, un geometra e/o architetto* per l'individuazione dell'ausilio per il superamento di due rampe di scale: si identifica la sede di lavoro di tale gruppo in una saletta con un computer collegato in rete.

In ogni setting ci sarà materiale vario (cataloghi, ecc.) da consultare, relativo agli ausili. Queste aree sono tutte contigue per cui nelle tre rotazioni dei gruppi non si prevede dispersioni di tempo. Ogni docente, sarà un mediatore di apprendimenti e guiderà i partecipanti ad affrontare i singoli problemi di salute individuando alcune soluzioni assistive che tengano conto di possibili finanziamenti previsti dalle normative vigenti; insieme ai partecipanti potranno compilare la checklist ICF per assegnare un codice di classificazione e predisporre la documentazione del caso da un punto di vista bio-psico-sociale. L'uso di tale strumento è stato suggerito dalle interviste realizzate con gli operatori, che hanno evidenziato il bisogno di conoscere ed applicare nel quotidiano questa logica ICF.

La composizione dei gruppi terrà conto della presenza in ognuno di essi, di operatori con professionalità diverse, in modo da lavorare intorno al caso clinico per individuare soluzioni assistive secondo un'ottica interprofessionale e globale. Un progetto ambito sarebbe quello di poter avere, durante lo svolgersi di questi moduli, anche dei rappresentanti di pazienti, familiari o caregivers, che

possano essere di stimolo per quella costruzione del percorso di autonomia di cui i pazienti stessi con le loro famiglie, sono i principali protagonisti.

Suddivisione temporale

- 9.00 - 10.10: Introduzione e spiegazione della metodologia del corso:
- logica ICF e strumento della Checklist
 - obiettivi di apprendimento prefissati illustrando la tabella di riferimento EQF degli 8 livelli, (EQF 3/4) e modalità di verifica finale
 - ruolo dei docenti come facilitatori esperti (Centro Ausili di Bo, Centro Ausili Tecnologici, Centro Adattamento Ambiente Domestico)
 - metodologia e strumenti utilizzati: lavoro di gruppo su un caso clinico
- 10.10 - 10.30: Presentazione caso clinico con video o testo scritto, con scheda raccolta dati anamnestici secondo le voci indicate nella Scheda per il Clinico della Checklist ICF
- 10.30 - 10.45: suddivisione in tre gruppi
- 10.45 - 11.00: *Pausa*
- 11.00 - 12.30: Lavoro in gruppo
- 12.30 - 13.30: *Pranzo*
- 13.30 - 15.00: Prima rotazione dei gruppi
- 15.00 - 15.15: *pausa*
- 15.15 - 16.30: Seconda rotazione dei gruppi
- 16.30 - 17.45: Plenaria con discussione
- 17.45 – 18.00: *Test finale di apprendimento e conclusioni.*

Caso clinico del 1° modulo

	Descrizione	Docenti presenti in questo gruppo	Problema di salute:
Caso clinico "N.": diagnosi e menomazioni (b)	Di anni 66 è affetta da Sclerosi Laterale Amiotrofica: <u>s110.4.8.3</u> La signora è portatrice di PEG: <u>d550.4</u> Presenta marcato ipertono ai quattro arti: <u>b735.4</u>	* <i>Geometra</i> * <i>educatore con competenze in Comunicazione Aumentativa</i> * <i>Ft</i> * <i>ingegnere esperto in domotica</i>	<i>alleggerire le procedure di igiene (il marito la solleva con tanta fatica nel passaggio seduta- in piedi)</i>
Contesto di vita (e)	Vive col marito di 70 anni (affetto da artrite gottosa) che si prende cura di lei: <u>e310.+4</u> in una casa del centro senza ascensore: <u>e155.4</u>		<i>domotizzare la casa almeno per l'apertura porta, rispondere al telefono, richiesta di aiuto</i>
Attività e partecipazione (d)	È totalmente dipendente per le attività di vita quotidiana: <u>d520.4</u> . Attualmente riesce a stare in piedi con un deambulatore, fa trasferimenti di pochi passi con l'assistenza del marito: <u>d465.4</u> . Si sposta in carrozzina manuale spinta dal marito: <u>d465.4</u> . Comunica con una tavoletta con lettere utilizzando le prime tre dita della mano sn: <u>d315.4</u>		<i>scelta di un comunicatore più fruibile anche da altri visitatori che non siano il marito</i> <i>uscire fuori dalla propria abitazione tenendo conto che le scale non hanno gli spazi adeguati per un montascale</i>

Qui di seguito una delle possibili soluzioni individuate, che alla fine del workshop i 3 gruppi potranno riferire in plenaria:

Soluzioni Assistive	Modelli	Qualificatore di performance /capacità
Individuare una carrozzina elettronica per interni/esterni che abbia le caratteristiche di modificarsi in altezza, possa essere guidata con joystick a sn, + centralina per controllo ambiente	Carrozzina Elettrica tipo Pride Q610, schienale posturale J3, con due braccioli contenitivi con unità di rotazione	d465.2.4
Individuazione di un sollevatore fisso a bandiera per le manovre di igiene in vasca (a causa della pavimentazione non è possibile allestire un piatto doccia) <i>n.b.: ridotto spazio di manovre in bagno</i>	Marchio: TECNOSAD	e120.3.+4
Scelta di un sedia per vasca	Marchio: KOMETA. Modello: 857110	e120
Servoscala con guida a soffitto per 2 rampe di scale condominiali	Mod. Domino RL-50	e120.4.+4
Individuazione di un comunicatore con uscita anche vocale	Comunicatore alafabetico portatile mod. Lightwriter S140	d310.4.2
Definizione della centralina compatibile con la c.e. per il controllo di: apertura porta, richiesta aiuto, rispondere al telefono	Centralina integrata Q Logic	e115.4.+3
Strumenti di consultazione su carta	Checklist ICF Nomenclatore tariffario, D.M. 332/99 DGR 2068/2004 L.13 del 9/1/1989 L.R.n. 29 del 21/8/1997 DGR n.509 del 2007 relativa all'istituzione del Fondo Regionale per la Non Autosufficienza (FRNA) Cataloghi prodotti ausili aggiornati	
Ricerca in rete	Portale SIVA per individuazione ausili Portale EASTIN per conoscenza ausili mercato europeo	

Esempio: tecnologie assistive individuate da uno dei tre gruppi

Ausilio	Caratteristiche	Codice ICF
1. Carrozzina elettrica Q 610	È una delle poche c.e. anche per interni che prevede la predisposizione per l'inserimento di una centralina a supporto di un comando alternativo al joystick, (nella previsione dell'evoluzione della malattia): presenta 6 ruote e la motorizzazione disposta centralmente rispetto al telaio. Quest'ultimo particolare permette prestazioni pressoché simili sia in discesa che in salita evitando uno sbilanciamento nella distribuzione del carico. Può essere munita di basculamento elettrico ed elevazione della seduta e supporto per il capo. Si consiglia l'adozione di cinghia pelvica a 45° per garantire la sicurezza, in particolare in ambiente esterno. Le ruote anteriori di piccole dimensioni, minimizzano il problema del "mantenimento" della sterzata, particolarmente evidente quando si utilizzano comandi alternativi al joystick. La presenza di 6 ruote aumenta però la lunghezza totale dell'ausilio di qualche cm rispetto ai modelli con trazione posteriore o anteriore: questo aspetto è stato considerato e non pregiudica un buon utilizzo della carrozzina elettrica nell'ambiente domestico della signora	e120+4
2 Centralina Qlogic	Dispositivo elettronico che, permette di compiere svariate attività come un telecomando multifunzione. È possibile condurre la carrozzina sia tramite joystick normale sia tramite comando alternativo. Può interagire con gli attuatori che gestiscono la postura. Può interagire con elettrodomestici, con la domotica della casa e con ogni apparecchiatura elettronica interfacciabile ad un interruttore ad infrarossi	e250.+4
3. Sedia per vasca	Marchio: KOMETA. Modello: 857110 Struttura in lega di alluminio ed acciaio inox, laccato con polvere possidica, rotazione a 360 gradi	e115+4

4. Sollevatore fisso a bandiera	Modello tipo Tecnosad + imbragatura ad amaca con contenzione del capo.	e120.+4
5. Comunicatore alfabetico con sintesi vocale	Il Nuovo Lightwriter SL40 è un comunicatore alfabetico che permette anche la gestione degli SMS e del controllo ambientale. Caratteristiche principali: - Interfaccia semplice ed intuitiva- Display ad alto contrasto per una semplice lettura anche all'esterno (sfondo blu, caratteri bianchi). - Predizione "intelligente" per velocizzare la comunicazione- Sintesi vocale Acapela - Gestione SMS- Controllo ambientale - Scudo della tastiera regolabile in profondità - Robusto, ergonomico e portatile- Funzione di allarme e gestione rubrica - Batteria a lunga durata- Borsa - Sistema di predizione "intelligente" Scudo regolabile. Il dispositivo è dotato di 3 diversi scudi che permettono la regolazione della profondità dei tasti rispetto alla superficie dello scudo al fine di agevolare la digitazione e chi ha problemi di controllo dei movimenti fini della mano. Il Layout della tastiera può essere qwerty o in ordine alfabetico, Il tempo di attivazione dei tasti della tastiera può essere regolato	e125.+3
6. Montascale a soffitto	Marchio: HOGG Modello: DOMINO RL50. Capacità tecniche: Portata massima kg 150 Descrizione: E' un impianto con guida a soffitto per il trasporto della persona in carrozzina. La carrozzina si aggancia tramite due cinghie. Larghezza minima scala: 80 cm. Domino RL-50 è un impianto speciale con guida a soffitto per il trasporto di persona su carrozzina. Il sistema di sollevamento aggancia stabilmente la carrozzina e la mantiene nella corretta posizione per tutta la sua corsa. Questo sistema svincola completamente la scala da guide laterali fissate a muro o a pavimento e permette il libero passaggio davanti a porte e finestre senza limitarne la funzionalità. Il fissaggio della guida può essere effettuato indifferentemente a soletta in cemento, in mattoni o in legno, utilizzando elementi ad alta resistenza alla trazione. Costo di circa 18.000 euro	e120.+3



4.

5.



6.



4.4 Struttura del 3° Modulo (giornata di studio)

Il 3° modulo si articola come giornata di studio, (livello EQF5) con esperti su tematiche emerse nei due precedenti moduli invitati come relatori. Tale giornata, dedicata in particolar modo a quegli operatori che abbiano frequentato almeno uno dei due moduli precedenti, costituirebbe una sorta di “apprendimento reciproco” sul campo, nel senso che costituirebbe uno spazio di dialogo e informazione tra istituzioni e operatori che vivono a contatto diretto con le persone nel loro domicilio. Ipotizzando che i partecipanti appartengano ad aziende sanitarie o istituti diversi (privati accreditati) si cercherà di avere relatori con competenze nell’ambito regionale: se alcuni partecipanti saranno di fuori regione, ugualmente ciò costituirà un arricchimento. Il *livello EQF 5* tenuto presente dai relatori, dovrebbe condurre i partecipanti ad acquisire abilità cognitive per offrire soluzioni ai diversi problemi che si pongono nei percorsi di domiciliazione delle persone con GDA, e saper valutare le prestazioni e le attività nel proprio contesto lavorativo.

Suddivisione temporale della giornata di studio:

*** L’attuazione dell’ ICF nei servizi (1,30 h) da:**

Esperto ICF

Referente Punto di valutazione fisioterapica nel territorio e figure professionali “target”

Operatori centro regionale ausili;

*** Panoramica sulle normative vigenti (1,30 h) da:**

Responsabile Centro Ausili

Referente di un’Az. AUSL sulla protesica

Referente Centro Adattamento Ambiente Domestico;

*** Problematiche su omogeneità funzionale e nuovi LEA (1 h) da:**

Un Fisiatra prescrittore aziendale

Operatori CRA

Un rappresentante di Assoausili;

*** Analisi dei costi sociali del percorso fornitura ausili (1,30 h) da:**

Referente regionale del Programma sulla legge 2068/2004

Responsabile Aziendale della protesica

Responsabile del Gruppo di lavoro interregionale sugli Ausili Informatici ed Elettronici (GLIC)

Esperto nell’utilizzo dello strumento SCAI (Analisi Costi Benefici degli Ausili: lo strumento SCAI

Siva Cost Analysis Instrument, SIVA – Milano).



Descrizione del programma di apprendimento (relativo al modulo su caso clinico)

Sezione A: Descrizione del programma di apprendimento

<i>Titolo del programma di apprendimento</i>		Si torna a casa! Un percorso di apprendimento per operatori sanitari che lavorano a domicilio
<i>Progettista del programma di apprendimento</i>		FT. Ioele Francesca
<i>Destinatari</i>		fisioterapisti, terapisti occupazionali, fisiatristi, logopedisti
<i>Bisogni formativi rilevati per i destinatari</i>		Sono stati rilevati i seguenti bisogni formativi: individuazione di criteri per l'adattamento dell'ambiente domestico, strategie per i processi di cure e autonomia, controllo ambientale, approfondimenti su postura e mobilità, comunicazione aumentativa-alternativa
<i>Ambiti di utilizzo AT</i>		X Sanitario/Riabilitativo X Sociale X Casa X Comunicazione
<i>Aree di AT coinvolte</i>		X Comunicazione X Cura personale X Controllo ambiente X Mobilità
<i>Livelli di apprendimento</i>	<i>Livello del programma di apprendimento</i>	X Base X Intermedio
	<i>Livello dei risultati specifici dell'apprendimento</i>	Livelli EQF 3/4
<i>Riassunto degli argomenti e del contenuto del programma di apprendimento*</i> scelta di una carrozzina elettronica per la mobilità intra-extradomestica *controllo ambiente in alcuni aspetti *riduzione dei carichi assistenziali per l'igiene *comunicazione		

Finalità del programma di apprendimento:

Offrire ad alcune professionalità che lavorano in equipe al domicilio dei pazienti, una metodologia di individuazione e personalizzazione di tecnologie assistive (TA) nell'ottica ICF

Obiettivi del programma di apprendimento:

Si intende dare ai partecipanti, l'opportunità di individuare alcuni profili funzionali di persone con GDA, individuando in particolar modo le tecnologie assistive che migliorino la qualità di vita e l'autonomia rispetto a: *modifiche ambientali, *mobilità intra-extradomestica, *controllo ambientale, *comunicazione.

I partecipanti potranno apprendere attraverso esercizi di problem solving, in piccoli gruppi condotti da professionisti afferenti al Centro regionale ausili, Centro per l'adattamento domestico e Centro ausili tecnologici che svolgeranno anche brevi lezioni frontali.

In un terzo momento pensato come seminario di studio e dialogo, i partecipanti potranno porre questioni per approfondire le tematiche emerse nei due moduli, a docenti esperti in tecnologie assistive e normative vigenti

Specifici risultati dell'apprendimento:

Dopo aver concluso l'apprendimento gli studenti saranno in grado di: saper rispondere e individuare in una logica interprofessionale e secondo il modello bio-psico-sociale alle richieste di tecnologie assistive per l'autonomia di pazienti con gravi disabilità che tornano o vivono nel proprio domicilio insieme ai propri caregivers

<i>Profilo del programma di apprendimento rispetto alle categorie dell'ICF</i> <i>(qui si intende riferire i concetti trattati nel 1° modulo al profilo funzionale ICF) n.d.r.</i>	<i>Argomenti della formazione associati alle categorie dell' ICF</i>	<i>Nessuno</i>	<i>Pochi concetti di base</i>	<i>Numero limitato di argomenti</i>	<i>Numero significativo di argomenti</i>
	Funzioni e struttura del corpo	<input type="checkbox"/>	X	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
	Attività	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
	Partecipazione	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	X	
<i>Carico di studio stimato in ore : 24 ore</i>					
<i>Modalità consigliata di verifica/valutazione del corso: risposte aperte a 4 domande (si vuol privilegiare una forma un po' più discorsiva)</i>					
<i>Modalità consigliata di valutazione del processo di apprendimento: follow up dopo 6 mesi con questionario via mail</i>					
<i>Coinvolgimento degli utilizzatori di AT e/o dei destinatari nella progettazione del programma di apprendimento: interviste semistrutturate e questionari scritti su bisogni formativi</i>					

Sezione B: Layout del programma di apprendimento

Risultato dell'apprendimento :

Dopo aver concluso l'apprendimento gli studenti saranno in grado di saper rispondere e individuare in una logica interprofessionale e secondo il modello bio-psico-sociale, le tecnologie assistive appropriate per l'autonomia di pazienti con gravi disabilità che tornano o vivono nel proprio domicilio

Livello di apprendimento: 3/4 base, intermedio

Modalità di raggiungimento di questo risultato di apprendimento: questionario scritto

Scomposizione del programma di apprendimento in moduli (1° modulo)

<i>Modulo</i>	<i>Argomento</i>	<i>Descrizione del contenuto</i>	<i>Modalità di insegnamento</i>	<i>Materiale di riferimento</i>	<i>Supporto didattico consigliato</i>	<i>Profilo del docente</i>	<i>Collegamento con i risultati dell'apprendimento</i>	<i>Ore</i>
1° work shop	Caso clinico con problematiche su mobilità, igiene, comunicazione	Adattamento bagno, superamento di barriere verticali, scelta di carrozzina elettronica, soluzioni per il controllo ambientale e comunicazione	Lavoro di gruppo con problem solving e lezione frontale	Leggi nazionali e della regione Emilia Romagna; DM332;	Video, nomenclatore tariffario, Checklist ICF, ricerca in rete	*Fisioterapeuta *ingegnere esperto in domotica *educatore con competenze in Comunicazione Aumentativa Alternativa	Livello atteso intermedio pari a livello EQF 3/4	8

Bibliografia

- AAATE Position Paper (2003): “*Tecnologie e Disabilità: Scenario 2003. Il punto di vista dell’AAATE*” in www.aaate.net (15/10/2009)
- Andrich R (2007): *Concetti generali sugli ausili*. Milano. Fondazione Don Gnocchi, in www.siva.it (23/7/2009)
- Azevedo L, Féria H, M.Nunes Da Ponte, et al (1994): *Assistive Technology Training in Europe*, L. Azevedo (ed) HEART: Brussels
- Bettiol S (2009): *European Qualification Framework*, p.8, in inx.istruzioneveneto.it (7/10/2009)
- Bitelli C (2008): “*L’esperienza del centro regionale Ausili e del centro Ausili tecnologici - Az. USL di Bologna; la rete italiana GLIC, Atti del Convegno nazionale*” : L’ausilio nel progetto riabilitativo della persona disabile. (Abano Terme, 5-7 novembre 2008)
- Caracciolo A, Redaelli T, Valsecchi L (2008): *Terapia Occupazionale, ausili e metodologie per l’autonomia*.. Milano: Raffaello Cortina.
- COM (2001): *Realizzare uno spazio europeo dell’apprendimento permanente*, Bruxelles 678 finale in ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/eqf/broch , (2/7/2009)
- Commission Staff Working Document, 2005 : *Towards a Qualifications Framework for Lifelong Learning*. SEC(2005) 957
- Convegno AUSL Bologna, 2009: *La rete delle competenze e dei servizi nell’Assistenza protesica : “Percorso finalizzato all’appropriatezza e omogeneità dell’intervento riabilitativo domiciliare”* Bologna, 16/6/2009
- Consorzio EUSTAT (1999): *Tecnologie per l’ Autonomia, Linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea
- Convenzione delle Nazioni Unite sui diritti delle persone con disabilità, 2006 in www.lavoro.gov.it/NR/(7/11/2009)
- Cook A. M.e Hussey S.M (2002): *Assistive Technologies, Principles and Praticte, Second Edition*. St. Louis: Mosby
- Gresswell A, Hoogerwerf E-J (2007): *Linee guida per la formazione in Assistive Technology*, Commissione Europea – Programma Leonardo da Vinci (ed), in www.at4inclusion.org/kpt/ (8/7/2009)
- Gui B, Zamagni S (2002): *Più che scambi , incontri. La teoria economica alle prese con i fenomeni interpersonali*. Il Mulino
- Lugli F (2007): *Abitare un luogo: il paesaggio, costruttore di identità*, Nuova Umanità (172-173), Città Nuova ed, Roma
- OMS (2003); Checklist ICF, versione 2.1° Erickson ed.
- Quadro Europeo delle Qualifiche per l’Apprendimento Permanente, (2008) Lussemburgo, Ufficio delle pubblicazioni ufficiali delle Comunità europee, ISBN 978-92-79-08481-in ec.europa.eu/dgs/education_culture/publ/pdf/eqf/broch_it.pdf
- Rocchi A (2005): “*Considerazioni in merito all’European Qualification Framework*”, in crno@centrorisorse.org , (2/7/2009)
- Stockbrugger R. W, (2005): “*Developing a Curriculum with the method of Problem-Based Learning*”. Ferrara, Corso di Metodiche didattiche attive, 21/10/2005