



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

Creazione di spazi di vita quotidiana e di un'ausilioteca all'interno di una struttura riabilitativa privata convenzionata

CANDIDATO: Vergaro Antonio

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract. *L'idea di partecipare al corso "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità" e di approfondire il tema oggetto dell'elaborato nasce dall'esigenza di voler creare all'interno della struttura in cui opero e per i pazienti ricoverati, un'ausilioteca e ambienti di vita quotidiana accessibili. Il progetto prevede il potenziamento del parco ausili già esistente e la creazione di spazi dedicati ad un utenza ampliata, attraverso l'adeguamento di locali da ristrutturare. Questo servizio dovrà essere in grado di garantire, grazie al lavoro di un'équipe interdisciplinare, la risposta a esigenze sia di ambito riabilitativo che socio-assistenziale, offrendo il raggiungimento di una reale autonomia delle persone con disabilità. S'intende dare la possibilità all'utente, ai caregiver e ai familiari, di compiere percorsi di prova e addestramento all'utilizzo dell'ausilio stesso, sperimentando alcune attività di vita quotidiana. L'elaborato analizza inoltre il tipo di utenza dell'ausilioteca e indica gli spazi dedicati al progetto. L'obiettivo da raggiungere è inoltre la creazione di un gruppo di lavoro che abbia competenza specifica per ciò che riguarda le tecnologie assistive e promuova l'informazione e la formazione del personale addetto alla cura del paziente che vive una situazione di disabilità.*

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico:
Tutor:**

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

1. Sintesi del progetto

Scopo del progetto

La tecnologia assistiva diventa ormai sempre più parte integrante del progetto riabilitativo e grazie a essa l'utente che si affida a noi operatori della riabilitazione può raggiungere una più completa autonomia.

Ignorarne l'esistenza e il suo utilizzo rischierebbe infatti di limitare non solo le capacità di autonomia della persona assistita, ma anche lo standard qualitativo delle nostre prestazioni che altrimenti si esaurirebbero nella mera applicazione di tecniche riabilitative di *routine*.

Lo scopo del presente progetto è duplice ed ha come obiettivi la creazione di un'ausilioteca con annessa sala prove e l'organizzazione di spazi di vita quotidiana accessibili a un'utenza ampliata.

L'équipe interdisciplinare e il servizio di riabilitazione motoria utilizzeranno questi spazi durante il percorso terapeutico dell'utente.

In questo progetto ci occuperemo dell'individuazione e dell'allestimento degli spazi e del personale che si dovrà occupare di ausili e tecnologie assistive.

Contesto socio-culturale

Il centro di Riabilitazione Pier Antonio Frangi presso il quale io lavoro, si trova nel comune di Acquaviva delle Fonti, cittadina della Puglia, in provincia di Bari con 21.000 abitanti; l'area di appartenenza del comune può contare su un settore prevalentemente agricolo, ma vi sono esperienze rilevanti anche dal punto di vista industriale. Infatti, si registra nell'area una buona potenzialità per lo sviluppo e il rafforzamento delle sinergie tra agricoltura e industria di trasformazione.

Tra i comuni dell'area esiste tuttavia un certo "dualismo" poiché quelli di maggior dimensione sono connotati da livelli di crescita più soddisfacenti dovuti a una maggiore concentrazione e diversificazione di attività produttive, a fronte dei comuni di più modeste dimensioni che risentono maggiormente degli effetti negativi della ridotta industrializzazione e del peso ancora elevato rappresentato dall'agricoltura tradizionale.

La situazione iniziale

La nostra struttura possiede un modesto parco ausili a disposizione del servizio di riabilitazione motoria. Esistono un deposito ausili e un archivio informatico d'inventariazione, organizzato secondo la classificazione ISO (Organizzazione Internazionale per gli standard), tenuto aggiornato dal Coordinatore di palestra: il programma utilizzato ai fini dell'archiviazione è Microsoft Office Access su piattaforma windows.

Non esistono degli ambienti dedicati, dove il paziente possa, durante le sedute riabilitative o a integrazione di queste, esercitarsi ad attività di vita quotidiana o all'addestramento con ausili.

All'interno dell'équipe riabilitativa, non operano figure che hanno specifiche e approfondite competenze riguardanti gli ausili e le tecnologie assistive.

Situazione che s'intende conseguire

Il progetto nasce dall'idea di costruire un percorso riabilitativo dove l'utente possa meglio sperimentare situazioni di vita quotidiana e l'équipe riabilitativa più approfonditamente valutare e guidare il paziente alla conquista di una migliore autonomia.

La presenza all'interno della struttura, di un'ausilioteca e di spazi di vita quotidiana accessibili (una cucina, una stanza da letto e un bagno), potrà offrire un supporto individualizzato sia all'utente e ai caregivers, che agli stessi operatori della riabilitazione. Si otterrà così un risultato importante dell'iter riabilitativo che non prediligerà solo il recupero motorio delle capacità del soggetto, ma interverrà incisivamente sul versante dell'autonomia, fornendogli l'ausilio già in una fase iniziale del ricovero e addestrandolo al suo uso in spazi dedicati.

L'ausilioteca e l'ambiente domestico accessibile al disabile faranno parte del Servizio di Riabilitazione e comprenderanno un'area per le prove e le valutazioni, un locale cucina, un bagno e una stanza da letto.

Oltre agli ambienti dedicati all'utente e al servizio di riabilitazione motoria, è prevista una biblioteca che fungerà all'occorrenza da sala riunioni dell'équipe riabilitativa che s'interesserà di ausili.

Interventi previsti per conseguire tale situazione

La realizzazione del progetto seguirà le seguenti fasi:

- Ampliamento del parco ausili, attraverso formule di reperimento quali il comodato d'uso.
- Individuazione e utilizzo di locali da adibire ad ausilioteca.
- Individuazione e formazione del gruppo di lavoro che si occuperà di tecnologie assistive.
- Ristrutturazione di locali dismessi al fine di creare un ambiente domestico facilitato.
- Acquisto di ausili/arredi disponibili sul mercato.
- Formazione del personale.

2. Premesse teoriche

Motivazioni e modelli teorici di riferimento

Nella mia esperienza quotidiana come riabilitatore, ho sempre notato il divario fra il "fare riabilitativo" in palestra (le capacità) e l'agire quotidiano della persona con disabilità (*le performances*), soprattutto quando alla fine del ciclo riabilitativo vi è il rientro al proprio domicilio dove diventa a volte difficile superare barriere fisiche e psicologiche e guadagnare la piena autonomia e il completo reinserimento sociale. Il termine autonomia deve essere inteso come relazione, come “*capacità di progettare la propria vita, entrare in relazione con gli altri e con gli altri partecipare alla costruzione della società*” (Andrich e Porqueddu, 1990; Eustat, 1999b, p.21).

Fra i molteplici motivi di questa mancata autonomia, c'è a mio avviso la tendenza a focalizzare l'attenzione su tecniche ed esercizi, senza permettere all'assistito di sperimentare appieno il suo agire in uno spazio concreto, magari reso accessibile dall'ausilio, che acquista in questo caso un ruolo di facilitatore. A rimarcare quest'aspetto interattivo ausilio-ambiente bisognerebbe ricordare che “(...) *l'attenzione dei servizi sanitari e sociali dovrebbe essere posta nel prolungare l'autonomia, la partecipazione alla società e una buona qualità di vita (...). Le tecnologie d'ausilio giocano un importante ruolo in questo modo di affrontare il problema. Possono aiutare le persone anziane a fare cose che altrimenti troverebbero difficili (...)*” (Andrich, Ferrario, Laudanna, 2003; pg. 19). Per molte persone con disabilità, la vita indipendente è infatti legata all'uso dell'ausilio che consente di passare dal “non posso fare” al “posso fare”.

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

La ricerca scientifica e l'innovazione tecnologica hanno permesso un forte sviluppo dell'ausilio e sono nate in Italia strutture specializzate in tecnologie assistive come il Siva, che è un servizio di ricerca, informazione e consulenza della Fondazione Don Gnocchi e svolge da anni la sua attività.

“*Strutture del Siva si trovano a Milano, Torino, Parma, Firenze, Massa, Sarzana, Falconara, Roma, Salerno (...)* e ad esse sono collegate le centinaia di centri e ausilioteche. Il primo censimento completo dei centri, delle aziende e degli ausili in commercio è stato compiuto proprio dal Siva che, a questo scopo, ha realizzato una grande banca dati all'interno del portale web realizzato in

collaborazione col ministero del Welfare (www.welfare.gov.it). Il database del Siva ha censito 268 centri di ricerca e consulenza, attivi in Italia e nei Paesi europei, 1173 aziende produttrici, distributrici e rivenditrici di ausili in Italia e 5082 prodotti. Una grande "vetrina" non solo di ausili, ma anche di esperienze e di idee in continuo aggiornamento, dove il legittimo diritto dei disabili alla vita indipendente compie il salto di qualità, agganciandosi agli studi e ai progetti di ricerca più all'avanguardia in questo settore." (<http://www.midollospinale.it>).

Altre esperienze sono rappresentate dai Centri Regionali Ausili e dai Centri Ausili Tecnologici. Questo grande interesse per le tecnologie assistive ha portato a metodologie di lavoro in ambito riabilitativo, dove il recupero dell'autonomia passa necessariamente attraverso l'ausilio, che deve essere considerato un aspetto indispensabile e non, come spesso accade, elemento "marginale", l'ultimo ripiego cui ricorrere quando, dopo aver fatto "tanta riabilitazione", il recupero funzionale è stato insoddisfacente.

L'adozione dell'ausilio non è però scevra da rischi: dobbiamo ricordare che *"La scelta di un ausilio è un passo che incide a volte profondamente sulla vita della persona che lo userà"*. Un nuovo ausilio può imporre una modalità diversa di svolgere certe attività quotidiane o di relazionarsi con gli altri; può incidere sulla propria immagine di sé; può richiedere una riorganizzazione dell'ambiente domestico, della vita familiare e del supporto assistenziale; in altre parole può comportare l'adattamento ad un nuovo stile di vita (...), se non si tiene conto dei punti di vista - sia espressi che inespressi - dell'utente, dell'atteggiamento di quest'ultimo verso la tecnologia, dell'ambiente ove essa verrà utilizzata, l'ausilio potrà risultare inefficace. Si potrà facilmente giungere all'abbandono dell'ausilio, fenomeno questo che è stato oggetto di vari studi" (Andrich, Besio, 2001; pag. 1).

Per tale ragione l'ausilio non va "dato", la scelta deve essere "partecipata", il soggetto deve assumere un ruolo attivo. E' importante dare all'utente - la persona con disabilità - il ruolo di attore e protagonista della scelta degli ausili per la propria autonomia.

Questo modo di operare che si può definire con il termine "empowerment", è un importante fattore di autodeterminazione per le persone con disabilità, che da pazienti dipendenti dalle decisioni degli operatori, divengono persone protagoniste delle proprie scelte, (Consorzio Eustat, Tecnologie per l'autonomia, 1999).

Nello stilare un percorso riabilitativo si dovrebbe parlare di **"Progetto Autonomia"**, integrando le tre A: ausili tecnici + ambiente accessibile + assistenza personale. (Andrich, 2008).

La prima "A", l'**ausilio**, che rappresenta l'adattamento della persona all'ambiente, dovrebbe diventare da subito quindi, parte integrante del progetto riabilitativo stilato nella presa in carico dell'utente e, attraverso la fase della scelta, della personalizzazione e dell'addestramento, si dovrebbe giungere al momento della verifica per capire se *"sul campo" risponde allo scopo per cui e' stato scelto*, (Andrich, 2008; pag. 7).

L'ausilio quindi s'inserisce a pieno titolo nel processo riabilitativo, rappresentando un momento "terapeutico" importante soprattutto in relazione alla qualità della vita sia della persona disabile, che di chi lo aiuta e lo sostiene. Il suffisso *terapeutico* ha ben diritto d'essere, poiché l'ausilio consente sicuramente prestazioni più stabili nel tempo, consente cambiamenti oggettivi, misurabili ed esportabili da paziente a paziente, (Ferrari, 2008).

La seconda "A", cioè l'altro elemento che ci permette di guadagnare l'autonomia dell'individuo in carico, è l'**accessibilità**. Questo termine è ormai entrato nel linguaggio comune perché da oltre quaranta anni si parla di progettazione accessibile.

La prima Conferenza Internazionale sulle barriere architettoniche si tenne in Italia a Stresa nel 1965; in questo intervallo si è passati da espressioni quali abbattimento delle barriere architettoniche a progettazione accessibile, a progettazione per un'utenza ampliata sino al design for all o all'universal design; a tutto questo va aggiunta "la progettazione ad personam" approccio diametralmente opposto ai precedenti, cioè la trasformazione, l'adattamento dell'ambiente domestico o di lavoro alle esigenze di una specifica persona, (Carracciolo, Radaelli, Valsecchi, 2008).

Ultimo, ma non meno importante elemento è l'**assistenza personale** che la famiglia o il caregiver cercano di fornire alla persona disabile e la sfida è il far diventare tali figure una risorsa all'interno del processo riabilitativo attraverso un *"(...) percorso di addestramento dei familiari alla gestione della disabilità residua"*, (Basaglia, 2002; pg. 103).

Si capisce bene che l'equipe multidisciplinare che andrà ad affrontare queste problematiche dovrà possedere nell'ambito del gruppo di lavoro, competenze relazionali, cliniche, sociali, organizzative e tecnologiche; si pensi quanto sia difficile portare il paziente all'accettazione della malattia e della

perdita dell'autonomia posseduta un attimo prima, a convincerlo all'uso dell'ausilio, riorganizzandogli in definitiva una nuova vita.

Proprio per la delicatezza di questo compito diventa importante anche la modalità attraverso la quale l'ausilio viene scelto, proposto e prescritto: per evitare insuccessi e spreco di denaro e di tempo la scelta deve essenzialmente ruotare attorno a tre cardini (Ferrari, 1996):

- una corretta modalità di proposta dell'ausilio all'utente al fine di guidarlo nei cambiamenti che esso comporrà nel suo stile di vita e nelle sue relazioni con l'ambiente.
- un'efficace metodologia di analisi del problema individuale per giungere alla scelta degli ausili più opportuni.
- una buona informazione, sia dell'operatore sia dell'utente stesso, sugli ausili esistenti e sulle tecnologie disponibili.

Nel consigliare l'ausilio vanno inoltre rispettati tre principi (Carracciolo, Radaelli, Valsecchi, 2008):

- ✓ **competenza**: la soluzione adottata deve consentire alla persona di svolgere l'azione in modo operativamente efficace,
- ✓ **contestualità**: la soluzione adottata deve essere funzionale all'ambiente di utilizzo e da questo accettata,
- ✓ **consonanza**: la soluzione adottata deve mettere a proprio agio l'utente rispettandone le scelte e la personalità.

Il rispetto di questi tre principi assicura una buona probabilità di riuscita del progetto stesso. Compito del riabilitatore deve essere quindi **individuare** i bisogni della persona in carico, **trovare insieme la risposta adeguata** attraverso una "*scelta condivisa*", **personalizzare** l'ausilio, fornire l'**addestramento** adeguato e convalidare infine attraverso la **verifica** la validità della scelta.

Il cammino dell'utente che dall'identificazione del bisogno arriva alla sua soluzione passerà da un primo **momento progettuale**, (Carracciolo, Radaelli, Valsecchi, 2008), dove insieme all'ammalato, alla famiglia e agli altri operatori di assistenza, si ricercheranno le possibili soluzioni in grado di dare la maggior autonomia possibile e si individueranno i vari ausili appropriati, per poi passare a quello **decisionale** dove verranno scelti in concreto, da tutte le figure interessate gli ausili da adottare; quindi si interverrà successivamente con un **momento attuativo** durante il quale l'ausilio verrà personalizzato e dato in gestione (da subito se già presente nell'ausilioteca o altrimenti sarà prescritto dal medico fisiatra che coordina il gruppo di lavoro).

In questa fase inoltre il paziente sarà addestrato al corretto uso dell'ausilio stesso; avremo infine il **momento della verifica** attraverso il quale si valuterà l'efficacia dell'ausilio nelle reali condizioni d'uso e s'interverrà con eventuali modifiche e aggiustamenti per correggere gli errori.

Sicuramente il momento centrale di questa procedura operativa è la fase progettuale, di "assessment", poiché dalla sua esattezza dipende il più delle volte l'efficacia dell'ausilio.

E' questo un momento complesso di cui si fa carico il Team, che richiede competenza, tempo e strumenti idonei è un momento "riabilitativo" e non può essere assolutamente delegato ad altri operatori (tecnici ortopedici o personale amministrativo Asl).

Successi e difficoltà incontrati

Nonostante la presenza di alcune difficoltà di ordine logistico-organizzativo, quali la scelta degli ambienti da dedicare all'area espositiva dell'ausilioteca o il coinvolgimento del personale che si dovrà interessare di tecnologie assistive, nell'organizzazione e sviluppo del progetto ho potuto contare sulla disponibilità dei Direttori Sanitario e Amministrativo della Struttura, dei colleghi fisioterapisti e dell'intera équipe riabilitativa.

Degna di nota è stata inoltre la collaborazione dei Tecnici ortopedici che hanno già fornito parte del materiale che costituirà l'ausilioteca.

Valutazione complessiva dell'esperienza

Tenendo presente la realtà socio-economica e culturale dell'ambiente dove vivo e lavoro, ritengo che questo elaborato possa stimolare l'interesse a rivedere non solo le nostre infrastrutture, ma anche le

“strutture mentali” del nostro “modo di lavorare”, di “essere riabilitatore”, un diverso modo di contribuire al recupero e all’inserimento sociale della persona disabile.

Lo sforzo è stato quello di offrire alcuni spunti di riflessione che possano concorrere alla cultura dell’autonomia, conoscenza che dovrebbe far parte del bagaglio di tutti gli operatori che s’interessano di disabilità: medici, terapisti, assistenti sociali, infermieri, ma anche dei pazienti e delle loro famiglie.

Noi operatori del settore dovremo essere capaci sempre con più competenza e sempre meglio, di “prenderci cura” dell’utente, di consigliare e guidare chi si rivolge a noi e chiede aiuto.

Noi dovremo essere sempre più capaci di costruire per lui e con lui un progetto di autonomia inteso come autodeterminazione e autorealizzazione.

Il progetto è nato dal desiderio di cambiare, di mettersi in discussione, di non cristallizzarsi nella routine quotidiana e rappresenta solo l’inizio di un percorso che spero possa continuare nel tempo.

3. Contesto geografico ed istituzionale

La struttura presso la quale lavoro, si trova in **Provincia di Bari**. Bari con una popolazione di 1.252.398 abitanti è la provincia più popolata della Puglia e la 5° in Italia, si estende su una superficie di 3.825 km² e comprende 41 comuni. La provincia in campo urbanistico si divide in due zone: il nord-barese e il sud-barese. Il nord barese presenta centri generalmente molto popolati (oltre a Bari che supera i 320.000 abitanti) come Gravina, Corato, Altamura, Bitonto e Molfetta. Il sud-barese al contrario si distingue per la mancanza di questi grossi centri che superano i 55.000 abitanti, unica eccezione è il comune di Monopoli. (<http://it.wikipedia.org>).

L’art.5 della legge Regionale n. 39 del 28/12/2006 ha modificato gli ambiti territoriali delle Aziende Sanitarie della Regione Puglia e la Legge ha previsto con effetto 1 gennaio 2007 la fusione delle AA.UU.SS.LL. Bari 2, Bari 3, Bari 4 e Bari 5 nella nuova ASL di Bari denominata ASL BA.

Il comune di Acquaviva delle Fonti fa parte del distretto SS5 che ha sede principale a Grumo Appula. Il centro di Riabilitazione Pier Antonio Frangi è gestito dalla società Eliadomus Srl “ed è associato all’AIOP (Associazione Italiana Ospedalità Privata). Ha conseguito nel 2001 la certificazione di Qualità conforme alla norma **EN ISO 9002/24** in seguito all’audit dell’ente certificatore **RW TUV**; è una struttura extraospedaliera che eroga trattamenti riabilitativi in regime di ricovero(...)”, (Carta dei servizi Centro P.A. Frangi, versione n. 200 aggiornata al 30/04/2007).

La struttura Riabilitativa dispone di 100 posti letto autorizzati dalla Regione Puglia di cui 85 provvisoriamente accreditati.

Le stanze di degenza sono arredate con letti a tre snodi e altezza variabile; tutte le stanze sono dotate di bagno fornito di lavabo, wc e bidè accessibili, doccia con piatto a filo pavimento. La sicurezza è inoltre garantita da maniglioni e campanello d’allarme.

Il complesso apparato riabilitativo è guidato dal Direttore Sanitario che, interagendo con la Direzione Amministrativa, coordina la logistica e l’attività sanitaria. L’equipe medica è composta dai medici di reparto e da un servizio di guardia medica notturna, ed è coadiuvata dal personale infermieristico. All’interno della struttura opera un servizio di riabilitazione con:

- Un settore di terapia occupazionale, ergoterapia e psicomotricità.
- Due ambulatori di logopedia.
- Due palestre di fisiochinesiterapia, con annesso servizio di terapia fisica e massoterapia.

Il centro si avvale dell’apporto di fisiochinesiterapisti, logopedisti, personale di assistenza (ASS), di vari consulenti specialisti: neurologo, cardiologo, pneumologo e due psicologhe, di un servizio sociale, di una educatrice, di due dietiste e di altre figure quali personale amministrativo e tecnico-manutentivo.

4. Bacino d’utenza

Al Centro affluiscono pazienti provenienti sia da Bari, che da altre province e regioni. Per quanto riguarda il numero e la tipologia dell’utenza che ha avuto accesso al nostro Centro di Riabilitazione,

riporto una tabella riassuntiva (tabella 1) riguardante l'anno 2008. Da essa si evince che nell'anno in esame, hanno avuto accesso al nostro Servizio di Riabilitazione 564 utenti in regime di ricovero:

Patologie	n. utenti
Lesioni cerebrovascolari.	53
Paraplegie e tetraplegie (lesioni per infortuni, mielopatie, ecc.).	29
Sclerosi multiple.	6
Morbo di Parkinson.	3
Fratture di femore.	78
Protesi d'anca.	174
Protesi di ginocchio.	168
Postumi di fratture somatiche vertebrali.	4
Polineuropatie.	1
Amputazioni (coscia).	1
Sindrome da immobilizzazione.	1
Monoparesi ed endoprotesi di spalla.	4
Tetra e paraipostenia.	15
Sindromi piramido-extrapiramidali .	4
Patologie osteoarticolari degenerative.	23

Tabella. 1 - Tipologia d'utenza e numero di assistiti in regime di ricovero, anno 2008

Dall'analisi delle 564 cartelle cliniche si evince che 265 assistiti sono ultrasettantenni e 512 sono classificati come ricovero intensivo post acuto.

5. Situazione iniziale

I pazienti che si rivolgono a noi solitamente giungono, provvisti di regolare autorizzazione ASL, da strutture ospedaliere in seguito ad interventi di chirurgia ortopedica (es. protesi d'anca o di ginocchio, osteosintesi per frattura di femore, etc.) oppure – in caso di accidente cerebrovascolare – da reparti per acuti solo dopo stabilizzazione dei parametri vitali. Il Centro accoglie anche pazienti provenienti dal proprio domicilio.

All'ingresso, l'équipe interdisciplinare interna al Centro (medico fisiatra, psicologo, consulente medico specialista, terapeuta della riabilitazione, logopedista, ecc.) valuta ogni nuovo caso e - dopo opportuna riunione – elabora un progetto riabilitativo individuale.

L'intervento sul recupero motorio, funzionale e cognitivo dell'ammalato viene costantemente monitorato dal Team e, in funzione della metodologia operativa e degli obiettivi a breve e medio termine tracciati dal progetto riabilitativo, potrà essere confermato o subire delle modifiche.

La richiesta di ausilio parte in genere dal terapeuta che ha in carico il paziente e quando è necessaria la prescrizione (perché l'ausilio non è presente in magazzino) interviene il medico specialista fisiatra della struttura, che dopo la valutazione, compila l'apposito modulo ASL.

L'utente, o più frequentemente, i familiari, dopo aver richiesto un preventivo al rivenditore di fiducia, si recano all'ufficio Asl di competenza per opportuna autorizzazione a cui seguirà la consegna dell'ausilio scelto e il collaudo del medico prescrittore.

Aspetto critico di questa situazione a mio avviso è la mancanza di un nucleo con competenza specifica e approfondita sulle tecnologie assistive.

6. Obiettivi del progetto

L'obiettivo che s'intende conseguire è l'allestimento di un'ausilioteca e la creazione all'interno della struttura di "ambiente domestico facilitato" con una cucina, una stanza da letto e un bagno, dove addestrare il paziente a compiere attività di vita quotidiana in maniera autonoma utilizzando gli ausili messi a disposizione.

Scopo del progetto è anche la formazione di un gruppo, di “*un nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione e informazione nel settore degli ausili, nonché di dare supporto professionale e personalizzato alla persona disabile, ai suoi familiari e agli operatori che lo hanno in carico, nel momento in cui ci sono da affrontare le prospettive di un miglioramento della qualità della vita che possono beneficiare dell'uso di ausili* (Andrich 1996).

Essere quindi capaci di offrire informazione e supporto: l'**informazione** riguarderà la conoscenza in generale degli ausili o il tipo di ausilio da adottare al fine di migliorare una certa capacità o ottimizzare una data performance; il **supporto** consisterà nell'indicare “un percorso riabilitativo” che, attraverso prove, personalizzazioni dell'ausilio e addestramento concorra a migliorare l'autonomia e la qualità di vita del nostro utente.

L'ausilioteca e “gli spazi quotidiani *accessibili*” non dovranno essere quindi meri spazi espositivi, ma divenire “*laboratori*” dove sperimentare realmente vissuti di vita quotidiana, cercando sempre la compatibilità ambiente – ausilio – persona perché anche la migliore “*soluzione ausilio*”, perde la sua efficacia se inserita nel posto sbagliato.

La realizzazione di questo progetto potrà senz'altro stimolare la crescita professionale di tutto il personale coinvolto evitando il rischio di un appiattimento dello standard lavorativo che la routine solitamente comporta.

7. Articolazione del progetto

Fasi del progetto

Il progetto comprenderà due fasi:

Una prima fase già in avanzato stato di attuazione dove gli interventi sono stati:

- Individuazione di ambienti, da utilizzare per area espositiva dell'ausilioteca, consistenti in due locali al piano terra, adiacenti alla palestra.
- Scelta degli ausili da richiedere in comodato d'uso.
- Contatto con ditte fornitrici e tecnici ortopedici.
- potenziamento del parco ausili.
- Presentazione preventivo di spesa ristrutturazione e piantina con indicazione ambienti per “ambiente domestico accessibile”, sala prove e biblioteca (allegato1).
- Ricerca degli ausili/arredi per cucina, stanza da letto, bagno e consegna preventivo di spesa.
- Individuazione del personale che dovrà costituire il gruppo di lavoro competente in tecnologie assistive.
- Formazione del personale.

La seconda fase sarà articolata nel seguente modo:

- Ristrutturazione dell'area da adibire a sala prove, biblioteca e locali per attività di vita quotidiana.
- Acquisto arredamento per ambienti dedicati a un'utenza ampliata.

Personale coinvolto nel progetto

E' previsto dunque un gruppo di lavoro composta da:

- Un medico fisiatra.
- Un Coordinatore Terapista della riabilitazione.
- Uno psicologo.
- Un assistente sociale.

Queste figure – già facente parte dell'equipe – verranno coinvolte quando vi sarà l'esigenza di scegliere per la persona disabile un determinato ausilio.

Compiti specifici del Team

Esaminiamo ora individualmente le figure preposte a questo servizio chiarendone il ruolo, le modalità d'intervento e i tempi necessari da dedicare al progetto.

✓ Medico specialista fisiatra:

Ruolo: è il coordinatore del progetto.

Presenza: è presente al momento del ricovero dell'ammalato, alle riunioni d'equipe, durante le varie valutazioni negli ambienti accessibili e al momento della dimissione.

E' a disposizione per successive richieste d'intervento da parte degli altri componenti dell'equipe.

Tempi dedicati al progetto: dodici ore settimanali.

✓ Coordinatore Terapista della riabilitazione:

Ruolo: ricopre il compito di coordinare e organizzare il lavoro da svolgere in palestra e in terapia occupazionale rispetto all'adozione e all'addestramento dell'ausilio; organizza le valutazioni del gruppo di lavoro e concorre alla scelta dell'ausilio; somministra i questionari IPPA, PIADS e QUEST (successivamente descritti nel capitolo "strumenti di lavoro"), gestisce l'archivio informatico degli ausili e il database dei pazienti.

Presenza: è presente al momento del ricovero dell'ammalato, alle riunioni d'equipe, durante le varie valutazioni negli ambienti accessibili e al momento della dimissione.

Tempi dedicati al progetto: dodici ore settimanali.

✓ Psicologo:

Ruolo: duplice, verso l'equipe e verso il paziente.

Valuta le capacità cognitive dell'ammalato e il potenziale impatto psicologico dell'ausilio.

Presenza: è presente al momento del ricovero dell'ammalato, alle riunioni d'equipe, durante le varie valutazioni negli ambienti accessibili e al momento della dimissione.

Tempi dedicati al progetto: sei ore settimanali.

✓ Assistente sociale:

Ruolo: rappresenta il "trait d'union" tra l'equipe della struttura riabilitativa e il territorio.

Presenza: è presente al momento del ricovero dell'utente, durante le riunioni d'equipe e al momento della dimissione.

Tempi dedicati al progetto: sei ore settimanali.

Formazione del personale

La formazione del gruppo è già stata avviata con la partecipazione al Corso di perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia" presso il Don Gnocchi di Milano e continuerà con il seguente programma:

1. Stage presso altre strutture che hanno già iniziato questo percorso (Corte Roncato a Bologna, il Centro S. Stefano di Porto Potenza Picena, la Nostra Famiglia di Ostuni).
2. Visita a fiere, manifestazioni più importanti riguardanti gli ausili.
3. Corsi di Formazione in Tecnologie Assistive.

Considerando che uno degli obiettivi proposti era anche un aggiornamento uniforme del personale, al fine di condividere le conoscenze apprese con le altre figure e con gli altri operatori del Servizio di

Riabilitazione presenti nella Struttura, è stato organizzato ed è già concluso un Evento formativo ECM (educazione Continua in medicina) n.4561-9027610 dal titolo "Tecnologie assistive per l'autonomia del disabile".

Tempistica

Si prevede di realizzare il progetto e la messa a regime del Servizio nell'arco di 12 mesi nel rispetto della seguente tempistica:

- **fase 1:** entro 6 mesi, completamento dell'ausilioteca.
- **fase 2:** entro 12 mesi, ristrutturazione locali da adibire a spazi accessibili, biblioteca e sala prove, acquisto arredamento cucina, bagno e camera da letto, formazione di tutti i componenti del gruppo che si occuperà di tecnologie assistive.

8. Risultati previsti

Il successo del progetto per l'attivazione dell'ausilioteca sicuramente giustificherà l'impegno economico e delle risorse umane coinvolte, poiché potrà produrre benefici, non solo all'utenza, ma anche all'istituzione. Ecco i potenziali benefici:

- Vantaggi per l'utente (recupero di una maggiore autonomia e partecipazione sociale), e per i familiari (diminuzione dell'assistenza), che sarebbero meglio guidati dall'equipe riabilitativa nella gestione della disabilità.
- Aumento della qualità dei servizi offerti.
- Maggiore collaborazione interdisciplinare nel trattamento dei pazienti ricoverati presso la struttura.
- Aumento del numero di utenti che potrebbero ricoverarsi al fine di recuperare un maggior grado di autonomia.
- Miglioramento della qualità dell'approccio alla persona con disabilità, favorito da una maggiore sensibilizzazione al problema.

L'ausilioteca e gli spazi accessibili saranno quindi un punto di riferimento importante per i nostri ricoverati e per il personale addetto alla riabilitazione e contribuiranno in maniera sostanziale al miglioramento della qualità della vita e della partecipazione del soggetto disabile alla vita sociale e di relazione.

L'attuazione del progetto dovrebbe inoltre portare a una più ampia accettazione, un migliore utilizzo dell'ausilio, contenendo il fenomeno del mancato uso e dell'abbandono dell'ausilio stesso.

Per la struttura, la realizzazione del progetto rappresenterà un punto di forza e una sostanziale differenziazione rispetto ad altre realtà riabilitative.

Gli strumenti operativi che consentiranno di quantificare i risultati ottenuti, valutare il grado di soddisfazione dell'utente e monitorare l'attività del Centro, sono esplicitati nel capitolo degli strumenti di lavoro.

9. Relazione tecnica

Considerando che nella realizzazione e progettazione di un'ausilioteca si deve definire il settore d'azione e la domanda alla quale si pensa di rispondere, strettamente legata al tipo di utenza, gli ausili presenti riguarderanno:

- ❖ La mobilità e i trasferimenti.
- ❖ La cura di sé, l'igiene personale e l'abbigliamento.

❖ L'alimentazione.

La seguente tabella riassume le fasi del progetto già realizzate o in avanzato stato di attuazione.

	Azioni	Stato dell'arte
Ricerca ausili utili a implementare parco ausili già esistente.	Consultazione portale Siva	Completata
Implementazione parco ausili.	Reperimento ausili con formula di comodato d'uso	Avviata e in fase di completamento
Individuazione e adattamento dei locali adibiti ad area espositiva dell'ausilioteca.	Già individuati e funzionante	Completata
Formazione Personale	<ul style="list-style-type: none"> • Frequenza Corso Tecnologie per l'autonomia. • Corso ECM (educazione continua in medicina) "Tecnologie assistive per disabili" 	Completata per due unità Concluso
Visita Ausilioteche italiane	Già visitato DAT a Milano	Conclusa
Scelta personale che dovrà formare il Team.	<ol style="list-style-type: none"> 1. Coordinatore Terapista della Riabilitazione. 2. Un Medico fisiatra. 3. Una Psicologa 4. Un'Assistente sociale. 	Definito
Individuazione locale da adibire a cucina, stanza da letto e bagno accessibili a un'utenza ampliata.	Chiesta ristrutturazione	Definito
Individuazione locale da adibire a sala prove ausili.	Chiesta ristrutturazione	Definito
Individuazione locale da adibire a biblioteca e sala riunioni.	Chiesta ristrutturazione	Definito
Acquisizione preventivo di spesa per acquisto cucina e sanitari bagno.	Consegnato	Definito

Tabella 2 - Fasi del progetto già realizzate o in fase di completamento.

La seguente tabella riassume le fasi del progetto ancora da realizzare.

	Azioni	Tempi realizzazione
Approvazione del piano di spesa, messa in opera e completamento dei lavori di ristrutturazione locali da rendere accessibili.	In fase di approvazione	12 mesi
Formazione del personale del Team (psicologa e assistente sociale) e di due fisioterapisti in servizio nel settore di Terapia Occupazionale	In fase di approvazione	12 mesi
Acquisto arredamento cucina e bagno.	In fase di approvazione	12 mesi

Tabella 3 - Fasi in attesa di approvazione ancora da realizzare.

In riferimento al potenziamento del parco ausili esistente si fornisce un elenco degli ausili attualmente a disposizione delle palestre di fisiochinesiterapia, un elenco degli ausili acquisiti in comodato d'uso, e un elenco di componenti e arredi da acquistare per creare una simulazione di spazi di vita accessibili

o **Elenco ausili già esistenti a disposizione della palestra**

- 50 stampelle con appoggio antibrachiale e puntale di appoggio regolabile nella parte inferiore- classificazione ISO 12.03.06.
- 10 tetrapodi classificazione ISO 12.03.16.
- 50 girelli classificazione ISO 12.06.12.
- 50 carrozzine comode classificazione ISO 12.22.03 e tavolo con incavo classificazione ISO 12.24.15.
- 10 carrozzine standard pieghevoli ad auto spinta, classificazione ISO 12.22.03.
- 02 carrozzine monoguida per emiplegico, classificazione ISO 12.22.09.

- 4 carrozzine da transito manovrabili dall'accompagnatore, classificazione ISO 12.22.18.
- 02 tavolette per trasferimento, classificazione ISO 12.31.03
- 10 cuscini antidecubito a bolle d'aria e microinterscambio, classificazione ISO 04.33.03.
- 02 sollevatori mobili a imbracatura, polifunzionale alimentato a batteria ricaricabile, classificazione ISO 12.36.03.
- 02 stabilizzatori per statica in postura eretta, classificazione ISO 04.48.08

○ **Elenco ausili già ottenuti in comodato d'uso riguardanti la mobilità personale e il superamento di dislivelli verticali.**

❖ **Carrozzina superleggera ad auto spinta posteriore**

L'ausilio ha un peso del telaio pari a 8.9 Kg, una pedana poggiatesta elevabile ed inclinabile in alluminio con componenti in titanio, le spondine sono in alluminio e le viti di fissaggio sempre in alluminio, il telo è tensionabile, traspirante e assicura un comfort ottimale di seduta ed una regolazione perfetta, ha la possibilità di regolare in modo assolutamente personalizzato la posizione delle ruote posteriori (*marca OTTO BOCK, modello AVANTGARDE TI 8.9, Scheda portale SIVA n. 160689*).

❖ **Carrozzina elettronica per interno**

L'ausilio è dotato di un sistema di seduta regolabile in tre diversi gradi di inclinazione da 0 a 6 gradi; i supporti per le gambe sono regolabili meccanicamente. L'ausilio è molto maneggevole e dà la possibilità all'utente di spostarsi con disinvoltura utilizzando un joystick, anche attraverso le entrate più strette e gli ambienti più piccoli, può superare senza difficoltà e con la massima sicurezza degli ostacoli di 4 centimetri e di 8 cm se si desidera installare il dispositivo salicordoli; la velocità massima è di 6 km/h ed ha un'autonomia di ca. 20 chilometri. La portata massima è di 100 kg. Può essere smontata velocemente con poche semplici operazioni (*marca OTTOBOCK, modello A 200, scheda portale SIVA n.17607*).

❖ **Carrozzina elettronica per uso in ambienti interni ed esterni.**

L'ausilio ha un sistema di basculamento e presenta molteplici funzioni che un ne consentono un adattamento individuale. Le caratteristiche tecniche salienti sono: schienale regolabile in inclinazione, pedana a inclinazione regolabile; bracciolo ridotto per tavolo, sedile rigido, rivestito, asportabile. E'accessoriata con diversi tipi di comandi: joystick, comando elettronico a bocca, comando elettronico a mento, è corredata di display LCD ad infrarossi che consente di comandare con un joystick qualunque tipo di apparecchiatura ad infrarossi; ha un comando per accompagnatore, il comparto batteria è ad estrazione e contiene batterie al gel 75 Ah (*marca OTTOBOCK, modello B600, scheda portale SIVA n.16066*).

❖ **Montascale mobile su ruote:**

E' un montascale applicabile alla carrozzina per mezzo di piastre di supporto, perni estraibili che ne garantiscono il bloccaggio e sistema di sicurezza con freni automatici (*marca ATT ALBER ANTRIEBSTECHNIK, modello S-MAX, scheda portale SIVA n.16672*).

❖ **Montascale mobile con gingoli**

L'ausilio è dotato di un supporto regolabile per il fissaggio della carrozzina. Il sistema è smontabile in due parti e trasportabile. Per il suo utilizzo la larghezza minima della scala deve essere di 82 cm (*marca VIMEC, modello T 09 ROBY, scheda portale SIVA n.18127*).

❖ **Deambulatore con ruote fornito di sedile e cestino portaoggetti**

Struttura regolabile in altezza, pieghevole e con freni di stazionamento a mano (*marca DOLOMITE, modello LEGACY, scheda portale SIVA n. 18420*).

○ **Elenco degli ausili/arredi al fine di creare spazi accessibili a un'utenza ampliata**

In riferimento alla creazione di spazi accessibili all'interno della struttura è stata individuata un'area di circa centosettanta metri quadrati di superficie (mq. 170), da ristrutturare in maniera da

poter ricavare una sala prove con annessa biblioteca e sala riunioni, una cucina, un bagno e una stanza da letto. Ognuno dei locali sarà debitamente attrezzato con ausili e mobilio accessibile a un'utenza ampliata. Questi ambienti dovranno avere i requisiti della sicurezza e dell'accessibilità. Parte delle attrezzature per arredare i vari ambienti e per fornire soluzioni di autonomia e indipendenza sono già in nostro possesso e parte sono da acquistare.

❖ Stanza da letto

La stanza da letto delle dimensioni di venti metri quadrati (m. 5x 4), sarà dotata del seguente arredo già in nostro possesso.

1. Un letto a due manovelle regolabile manualmente(classificazione ISO. 18.12.07), con sponde e maniglione fissabile al letto (classificazione ISO. 18.12.27)
2. Un materasso antidecubito ad aria con camera a gonfiaggio alternato e compressore (classificazione ISO 18.12.18)
3. Un comodino (classificazione ISO 18.36.09)
4. Un sollevatore mobile a imbracatura, polifunzionale alimentato a batteria ricaricabile, (classificazione ISO 12.36.03).
5. Un armadio con porte scorrevoli, cassetti estraibili, ripiani a scorrimento e servetto appendiabito (*marchio ELMI, modello LIFT EASY, scheda portale SIVA n. 17377*)*.

La posizione centrale del letto permetterà, sia di compiere le operazioni di trasferimento assistito e autonomo che il facile utilizzo del sollevatore. La stanza da letto sarà poi fornita da tutta una serie di materiale che servirà a facilitare le attività legate all'abbigliamento: infila bottoni*, infila scarpe*, infila calze* etc. .

❖ Cucina

Lo spazio sarà organizzato in modo da consentire una buona mobilità in carrozzina.

Il locale adibito a cucina delle dimensioni di trenta metri quadrati (m.6 x5), sarà arredato con una cucina componibile resa accessibile al paziente in carrozzina (cucina [IKEA](#) mod. *Adel/Faktum*), che dovrà rispondere alle seguenti caratteristiche:

- Piano di lavoro sospeso e senza basi sottostanti, altezza non superiore a 80 centimetri.
- Piano cottura in vetroceramica con fornelli elettrici.
- Lavello accessibile da utente in carrozzina, poco profondo e con doccetta estraibile al fine di riempire la pentola direttamente sul fornello: una situazione vantaggiosa è avere il lavello centrale rispetto al piano cottura e al piano di lavoro (tale soluzione permette la gestione dei tre elementi con minimi spostamenti ed evita il sollevamento e il trasporto di pentole e altri utensili, ovviando con il trascinarsi degli stessi).
- Forno a incasso, ribassato.
- Lavastoviglie a cassette da sistemare possibilmente vicino al lavello.
- Colonna portapiatti con carrello estraibile, possibilmente vicino alla lavastoviglie.
- Frigorifero basso a cassette estraibili.
- Cassettiera portavivande su ruote.
- Tavolo accessibile con perno centrale, altezza circa cm 80.
- Sedie regolabili in altezza con braccioli e senza appoggi.

➤ *Elementi principali Cucina ad angolo IKEA mod. "Adel/faktum" (misura cm. 246 x 186).*

- ❖ 2 Piani di lavoro *NUMERAR* (cm 126x62 e cm 246 x62) con predisposizione lavello e piano cottura
- ❖ 1 Lavello da incasso a una vasca mod. *Boholme* .
- ❖ 1 Miscelatore lavello monocomando con funzione doccia "*hjuvik*".
- ❖ 1 Frigorifero congelatore integrato *FROSTIG* mod. *BCF 159/65*.
- ❖ 1 Forno microonde ventilato integrato *NUTID* mod. *MWC6*.

- ❖ 1 Lavastoviglie integrata *RENLING mod. DW 60*.
- ❖ 1 Piano di cottura in vetroceramica *FRAMTID HG mod. C6T*.
- ❖ 1 Cappa per cucina *Lagan mod. BF275*.
- ❖ 3 mobili base *mod. Faktum*, per forno, lavastoviglie e frigorifero a incasso.
- ❖ 2 Mobili a colonna con carrelli estraibili *Faktum*.
- ❖ 1 Cassettiera portavivande su ruote *jonas*.
- ❖ 1 Struttura pensile *mod. Faktum* dove montare in seguito sistema *Genius il saliscendi*, corredato di griglie mobili portapiatti e porta bicchieri.
- ❖ 1 Struttura pensile *mod. faktum* dove montare in seguito sistema *“Genius il saliscendi”* corredato di ripiani mobili portaoggetti.
- ❖ 1 Tavolo modello *“doksta”*.
- ❖ 5 Sedie *mod. “Hugo”*.

Le esperienze di vita quotidiana legate all'alimentazione, saranno facilitate con il seguente materiale: posate con impugnatura e forma adattate per l'utilizzo di soggetti disabili (classificazione iso 15.09.13) *, piatti porzionati con bordo rialzato (classificazione iso 15.09.18) *, tazze e bicchieri con due manici (classificazione iso 15.09.16) *, coltelli a rotella (classificazione iso 15.09.13) *. A completare l'ambiente vi sarà anche l'occorrente normale esistente in una cucina: pentole, vassoi, caffettiera, tovaglioli, tovaglie, etc.. Si noti che il materiale contrassegnato con l'asterisco (*) è già in nostro possesso.

❖ IL Bagno

Il bagno è l'ambiente dove è più richiesto l'adattamento; il lavabo deve essere a mensola per consentire l'accostamento con la carrozzina e con bordo concavo favorente l'appoggio sugli avambracci, dell'altezza non superiore a ottanta centimetri; la rubinetteria deve avere comando a leva lunga; il WC deve essere a “centro della parete, libero lateralmente; la doccia sarà a pavimento con ante doccia chiudibili a soffietto e guarnizione per evitare la fuoriuscite di acqua. L'ambiente bagno delle dimensioni di 12 metri quadrati (m 3 x4), sarà progettato in modo da potersi muovere agevolmente al suo interno, sia con una carrozzina, sia con un ausilio per la deambulazione e come previsto dal DM 236/89 la distanza minima tra due sanitari dovrà essere di 80 cm. Sarà arredato con:

- Piatto doccia a filo terra in Fire-Clay bianco serie 400 e scarico a pavimento cm. 90x90 (*marca Ponte Giulio*).
- Box doccia ad angolo per piatto doccia cm 90x90, a due ante, h. cm 100, dotato di meccanismo ad eccentrico per apertura e attrezzato con maniglione di sicurezza e cornetta doccia regolabile in altezza, montata su saliscendi a muro * (*marca Ponte Giulio*).
- Lavabo ergonomico in vitreous-china bianco con appoggia gomiti, predisposto per installazione con tasselli di fissaggio e meccanismi d'inclinazione manuale o pneumatica *SERIE ERGONOMICA*, con rubinetto a leva con miscelatore e privo di colonna per favorire l'accesso alle carrozzine e posto a una altezza di circa 80 cm. dal pavimento (*marca Ponte Giulio*).
- Specchio ampio per essere utilizzato sia da chi è in piedi sia da chi è seduto *.
- Vaso in vitreous-china con apertura frontale, copri water e scarico a parete con due maniglioni di sicurezza da parete a pavimento (*serie tubo color- catalogo Ponte Giulio*).
- alza water di varie misure *
- Bidet sospeso (*serie Older pg - Catalogo ponte Giulio*).
- Sedia wc/doccia con ruote * classificazione ISO 09.33.03.
- Tappetini antiscivolo *

A completamento si aggiungerà il seguente materiale: porta asciugamano *, porta rotolo *, porta scopino *, pinza per carta igienica * (*Marchio SMITH & NEPHEW LINEA VITA QUOTIDIANA, Scheda portale SIVA n. 13904*), dosatori a muro azionabili a leva per sapone e dentifricio * e alcune mensole ad altezza accessibile per l'utente in carrozzina *.

Inoltre il bagno sarà dotato di una serie di ausili per l'igiene, la cura personale e la pulizia: guanti in spugna (classificazione ISO 09.33.30) *, spazzolini da denti elettrici (classificazione ISO 09.42.06) e manuali (classificazione ISO 09.42.03) *, forbici con presa facilitata (classificazione ISO 15.15.21)*, rasoio manuale con cinturino * e rasoio elettrico con impugnatura adattabile *, phon con supporto fisso, (classificazione ISO 09.39.09)* etc. Si noti che il materiale contrassegnato con l'asterisco (*) è già in nostro possesso.

A supporto dell'ausilioteca sarà approntata:

- ❖ Un'area valutativa e di prova ausili di circa settanta metri quadrati.
- ❖ Una biblioteca che fungerà anche da sala riunioni.

Per l'arredamento di questi due locali si utilizzeranno il materiale e le attrezzature già in nostro possesso (scrivanie, sedie, PC, armadi, ecc).

10.Scenari

La tipologia di utenza del Centro è molto varia e va dall'anziano protesizzato al tetraplegico, all'emiplegico adulto. La creazione di spazi accessibili potrà consentire all'equipe riabilitativa di organizzare al meglio, ad esempio con un paziente emiplegico, un progetto di autonomia, offrendogli la possibilità attraverso un percorso terapeutico integrativo, di sperimentare un vissuto di vita quotidiana nel tentativo di riguadagnare l'autonomia persa in un "attimo", anche con l'aiuto dell'ausilio e della tecnologia assistiva.

Nel caso di un utente anziano, degente presso la nostra struttura, con protesi d'anca che riesce a camminare con una certa sicurezza usando un deambulatore, si potrà proporre un percorso di autonomia, migliorando e rendendo sicuri i trasferimenti in bagno per esempio, o in stanza da letto o si potrà insegnare al paziente il corretto utilizzo dell'ausilio che poi utilizzerà una volta dimesso.

Ancora, avere a disposizione un'ausilioteca, potrà servire anche a dare la possibilità a un soggetto giovane paraplegico stabilizzato (che si ricovera da noi per un ennesimo ciclo "riabilitativo", ma che utilizza una carrozzina standard, poco o per niente modificabile), di "provarne" una super leggera e personalizzata che forse meglio si addice alla sua disabilità.

Gli scenari da descrivere potrebbero essere tanti, così come tante sono le difficoltà che incontrano quelli chiamati "diversamente abili", ma forse, anzi sicuramente il nostro compito è anche quello di informare e consigliare il nostro paziente, di fargli "vedere con gli occhi", "toccare con mano" e "provare" che esistono molte soluzioni che possono migliorare la sua qualità di vita: un coltello a rotella per dare la possibilità a un emiplegico di tagliare la carne, un top "sospeso" con elementi opportunamente predisposti in una cucina resa accessibile per il paziente in carrozzina, un bagno arredato con lavandino basso, maniglioni e piatto- doccia, un montascale manuale, ecc., questi ausili sono alla portata di molti, se non di tutti; esistono poi anche soluzioni molto più costose e avveniristiche, ma il nostro paziente e chi lo cura devono essere prima di tutto informati per poi avere la possibilità di scegliere.

11.Piano economico

La realizzazione di questo progetto non prevede elevati costi aggiuntivi in materia di personale e strutture poiché viene suggerito in parte l'utilizzo di risorse già esistenti.

Il piano di spesa comprenderà i costi di cui si fornisce il preventivo riguardanti:

- La ristrutturazione del blocco consistente in: tre stanze da adibire rispettivamente a cucina, bagno e stanza da letto e un locale da destinare a sala prova con annessa biblioteca e sala riunioni, (Tabella 4)
- Acquisto cucina accessibile. (Tabella5)
- Acquisto accessori bagno. (Tabella6)
- Partecipazione di sei unità al Corso Tecnologie per l'autonomia e a

- giornate di studio e aggiornamenti su tecnologie assistive e ausili (Tabella7)
- Costo del personale impegnato nel progetto (Tabella8).
- Spese aggiuntive annuali (Tabella9)

Tabella 4 - Preventivo di spesa ristrutturazione locali.

Preventivo	Costo in euro
1. Ripristino intonaco interno mancante con relativa stuccatura. 2. Realizzazione di tramezzi in laterizi forati con relativa intonacatura e finitura. 3. Rimozione di due pareti interne. 4. Scavi e sarciture ambienti cucina e bagno per impianti: elettrico, idrico, fognario. 5. Collocazione controsoffitto in cartongesso. 6. Predisposizione staffe a muro per piano lavoro sospeso cucina 7. Smaltimento materiale di risulta. 8. Tinteggiatura interna. 9. Rifacimento e coibentazione solaio. 10. Spese direttore dei lavori *	Euro 30.000
* non sono state calcolate spese relative eventuale compenso direttore dei lavori perché in attesa dell'approvazione del piano di ristrutturazione.	

Tabella 5- Preventivo di spesa acquisto cucina.

Preventivo	Costo in euro compresa iva
	<ul style="list-style-type: none"> • 2 Piani lavoro mod. <i>NUMERAR.</i> – euro 209,00 • Lavello da incasso a una vasca mod. <i>Boholmen</i> - euro 49,00 • 1 Miscelatore lavello monocomando con funzione doccia mod. “<i>hjuvik</i>” euro 169,00 • 1 Frigorifero congelatore integrato. • <i>FROSTIG mod. BCF 159/65</i> – euro 399,00. • 1 Forno microonde ventilato integrato • <i>NUTID mod. MWC6</i> – euro 499,00. • Mobili base <i>Faktum</i> con cestelli scorrevoli – euro 155, 80. • Struttura pensile mod. <i>Faktum</i> euro 26,00. • 1 Cassetiera portavivande su ruote mod. <i>jonas</i> – euro 69,90. • 1 Lavastoviglie integrata <i>RENLING mod. DW 60</i> – euro 449,00. • Mobili cucina <i>Faktum</i> per incasso forno, frigorifero e lavastoviglie euro 171,00. • 1 Cappa per cucina <i>Lagan mod. BF275</i> euro 102,00. • 1 Piano di cottura in vetroceramica • <i>FRAMTID HG mod. C6T</i> – euro 449,00. • 1 Tavolo modello “<i>doksta</i>” – euro 149,00. • Sedie mod. “<i>Hugo</i>” – euro 354,80. • Articoli per completamento cucina: • maniglie, ante, cerniere, ecc.- euro 185,00 • Materiale presente in una normale cucina: pentole, tegami ecc.. – euro 150,00.
Spese montaggio cucina	(nessun costo aggiuntivo *).
Totale	Costo della cucina euro 3.586,05 + euro 358,00 per il trasporto = euro 3.944,05

* Lavori da realizzare a cura dei tecnici manutentori durante le ore servizio come lavoro ordinario.

Tabella6 - preventivo di spesa acquisto accessori bagno.

	Costo in euro da listino catalogo Ponte Giulio
	<ul style="list-style-type: none"> - Piatto doccia (<i>marca Ponte Giulio</i>) euro 320,00. • Box doccia - euro 623,05. • 2 Maniglioni di sicurezza ad angolo con montante (170 x76 h. 76) - euro 582,00 • cornetta doccia regolabile in altezza, - euro 17,00. • Lavabo ergonomico - <i>serie ergonomica</i> con meccanismo d'inclinazione manuale -

	<i>euro 469,65.</i> <ul style="list-style-type: none"> • 2 Miscelatori monocomando a leva a gomito e piletta - <i>euro 317,00</i> • Vaso in vitreus-china con apertura frontale, copri water e scarico a parete <i>euro 293,43</i>. • Bidet sospeso <i>serie Older pg euro 298,46</i> • 4 maniglioni di sicurezza da parete a pavimento - <i>euro 796,28</i>
Spese montaggio accessori bagno	(nessun costo aggiuntivo *).
Totale accessori bagno	euro 3.716,87

* Lavori da realizzare a cura dei tecnici manutentori durante le ore servizio come lavoro ordinario.

Tabella 7- preventivo spesa formazione del personale.

	Costo in euro
Partecipazione di due componenti dell'èquipe riabilitativa al Corso "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità" anno 2008 – 2009.	8.000
Partecipazione di due componenti del gruppo di lavoro (psicologa e assistente sociale), al Corso "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità" anno 2009 – 2010.	8.000
Partecipazione di due Terapisti della Riabilitazione in servizio in Terapia Occupazionale al Corso "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità" anno 2009 – 2010.	8.000
Partecipazione a giornate di aggiornamento, stage presso altri centri, fiere ecc.	4.000
Totale	euro 28.000

Tabella 8 - Costo annuale lordo del personale impegnato nel progetto.

Figure professionali	Ore di presenza settimanale	Costo orario	Costo annuo in euro
Medico fisiatra	12 h	18,92	11.806,08
Coordinatore Terapista	12 h	12,17	7.594,08
Psicologo	6 h	15,17	4.733,04
Assistente sociale	6 h	11,81	3.684,72
Totale			euro 27.818

Tabella 9- spese aggiuntive annuali.

	Costo in euro
Telefono/internet.	900
Acqua e luce.	1.000
Riscaldamento.	2.000
Pulizia.	(nessun costo *)
Materiale di consumo cancelleria	200
Costo materiale di consumo per reali attività domestiche di cucina.	500
Costo materiale di consumo per reali attività inerenti la cura di sé, ecc.	500
Varie.	200
Totale	euro 5.800

* La pulizia dei locali sarà a cura del personale addetto durante il proprio turno di lavoro.

Totale spesa preventivata realizzazione progetto: euro 99.278,92.

12.Strumenti di lavoro

❖ Strumenti di lavoro da allegare alla cartella riabilitativa

Per quanto riguarda l'adozione di strumenti di misura standardizzati, sarà utile inserire nel diario riabilitativo il [Seating Clinic](#) (Carracciolo, Ferrario; 1998, pag155 - 180): al fine di meglio valutare la postura seduta in carrozzina e una *scheda adozione e uso ortesi e ausili*. (Basaglia; 2002, pagg. 200-201) (Allegati 2 e 3). La loro compilazione sarà a cura del terapista che ha in carico l'ammalato, e la documentazione farà parte del diario riabilitativo già in uso.

❖ Strumenti di lavoro utilizzati dal gruppo di lavoro:

Sarà compito del gruppo di lavoro in tecnologie assistive utilizzare dei questionari per monitorare e controllare la soddisfazione dell'utente e la qualità del servizio offerto.

I questionari saranno proposti in fase di verifica durante la degenza nel centro; al momento non è previsto un follow-up dopo la dimissione, ma si potrebbe pensare di proporre un controllo a distanza, (6/12 mesi), previo accordo con l'utente al momento della dimissione.

Gli strumenti di lavoro utilizzati saranno:

- L'IPPA (Individual Prioritised Problem Assesment) (Wessels et al., 2004) è uno strumento di misura dell'efficacia dell'ausilio, consente di valutare in che grado l'ausilio ha permesso di raggiungere determinati obiettivi stabiliti in precedenza alla fornitura dello stesso (Carracciolo, Radaelli, Valsecchi; 2008).
- Il QUEST (Quebec User Evaluation of Satisfaction with Technical Aids), (Demers et al, 1994), è un questionario auto compilato che valuta la soddisfazione dell'utente sia nei confronti dell'ausilio adottato che del servizio di fornitura. Gli items relativi al prodotto riguardano le dimensioni, il peso, la facilità di regolazione, la stabilità e sicurezza, la durabilità, la facilità d'uso, il comfort e l'efficacia. Quelli riguardanti il servizio invece, la procedura di fornitura, le riparazioni e l'assistenza tecnica, i servizi professionali connessi e di follow-up (Carracciolo, Radaelli, Valsecchi; 2008).
- Il PIADS (Psychosocial Impact of Assistive Devices Scale), (Jutay et al., 2004) è un questionario che valuta l'impatto dell'ausilio sulla vita di una persona, al fine di trarre delle indicazioni sull'effettiva utilità dello stesso. Indaga sull'area psicosociale e in particolare, sull'abilità, sull'adattabilità e sull'autostima (Carracciolo, Radaelli, Valsecchi; 2008).

Le schede e i questionari faranno parte integrante della cartella riabilitativa e archiviati con la stessa al momento della dimissione, in allegato alla cartella clinica del paziente.

Si terrà infine un database a cura del Coordinatore di palestra che utilizzando un "sistema di gestione come Microsoft Office Access, su piattaforma windows, registrerà i dati anagrafici e clinici del paziente, quelli riguardanti eventuali ausili già in possesso dell'utente (se non utilizzati sarà specificato il motivo), il tipo di ausilio fornito o consigliato alla dimissione, l'eventuale controllo a distanza.

13.Bibliografia

- Andrich R., Ferrari M., Laudanna E. (a cura di) (2003), *Conoscere gli ausili. Modulo introduttivo*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi . www.portale.siva.it
- Andrich R. (2008): *Consigliare gli Ausili*, Dispense Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'Autonomia" (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi) a.a. 2008-2009 . www.portale.siva.it
- Andrich R. (2008): *Elementi di misura dell'outcome degli ausili*. Dispense Corso di Perfezionamento

“Tecnologie per l’Autonomia” (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi) a.a. 2008-2009. www.portale.siva.it

- Andrich R. (2008): *Concetti generali sugli ausili*. Dispense Corso di Perfezionamento “Tecnologie per l’Autonomia” (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi) a.a. 2008-2009. www.portale.siva.it
- Andrich R., Besio S. (2001): *Educazione all’autonomia: la metodologia Eustat*. In: *Europa medicophysica*, Atti del 37° Congresso Nazionale Simfer (Roma, 4-8 ottobre 2001), pp. 558-562. Torino: Minerva Medica
- Andrich R, Porqueddu B (1990): *Educazione all’autonomia: esperienze, strumenti, proposte metodologiche*. *Europa Medicophysica* 26(3) 121-145.
- Basaglia N. (a cura di) (2002): *Progettare la riabilitazione. Il lavoro in team interprofessionale*. Milano: Edi-ermes
- Carracciolo A., Ferrario M. (1998): *Seating clinic - linee guida per la valutazione della postura nelle disabilità motorie*. Milano: Fondazione Don Carlo Gnocchi. www.portale.siva.it
- Carracciolo A., Radaelli T., Valsecchi L. (2008): *Terapia Occupazionale, Ausili e metodologie per l’autonomia*. Milano, Raffaello Cortina Editore
- Carracciolo A. (1999): *Ausili per il bagno*. Dispense Corso di Perfezionamento “Tecnologie per l’Autonomia” (Università Cattolica e Fondazione Don Gnocchi), a.a. 2008-2009. www.portale.siva.it
- Consorzio Eustat (1999): *Tecnologie per l’autonomia. Linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea
- Consorzio EUSTAT (1999b): *Pronti ... via! Come scegliere l’ausilio giusto per la tua autonomia*. Milano: Commissione Europea
- Demers L, Weiss-Lambrou R, Ska B (1994). *The Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST 2.0): An overview and recent progress*. *Technology and Disability*, 14:101-105
- Ferrari A (2008): *Clinica riabilitativa e ausili*. In Andrich R (a cura di): *Progettare per l’autonomia*. Pp 111-116. Firenze: Giunti OS
- Ferrari A.: *Le ortesi nelle paralisi cerebrali infantili*. Dispense per la lezione "Clinica Riabilitativa ed Ausili" nel corso "GLI AUSILI TECNICI" (SIVA, Milano febbraio-aprile 1996)
- Jutay, J., Day, H. (2004): *Psychosocial Impact of Assistive Device Scale (PIADS)*. *Technology and Disability* 14, pp.107-111
- Organizzazione Mondiale della Sanità (a cura di) (2001): *ICF – Classificazione Internazionale del funzionamento, della disabilità e della salute*. Trento: Erickson
- Wessels, R., Persson, J., Lorentsen, O., Andrich R., et. al (2004): *IPPA: Individually Prioritised Problem Assessment*. *Technology and Disability* 14, pp. 141-145

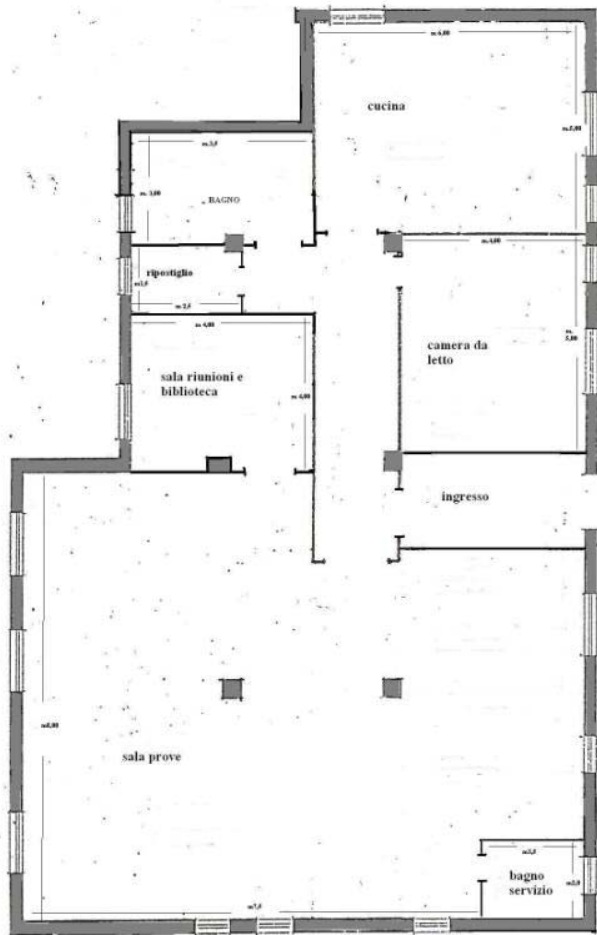
Sitografia

- www.superabile.it
- www.portale.siva.it
- www.wikipedia.org
- www.midollospinale.it

Allegato 1

Piantina con suddivisione ambienti da adibire a “appartamento facile”, sala prove e biblioteca.

Piantina con indicazioni disposizione ambienti accessibili.



Allegato 3

SCHEDA ADOZIONE E USO ORTESI

DATA: _____

COGNOME: _____ NOME: _____

TIPO	Data	Firma Ft
A)		
B)		
C)		
QUANDO, QUANTO E PER QUANTO	Data	Firma Ft
A)		
B)		
C)		
SUGGERIMENTI MODALITÀ DI POSIZIONAMENTO	Data	Firma Ft
A)		
B)		
C)		
PROBLEMI NELL'ATTUAZIONE DEL PROTOCOLLO	Data	Firma di chi riscontra il problema
A)		
B)		
C)		
MODIFICHE PROTOCOLLO DI APPLICAZIONE	Data	Firma Ft
A)		
B)		
C)		