



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 2010/2011

Terapia occupazionale ed ausili: la valutazione personalizzata per una scelta più idonea

CANDIDATA: Alessia Dal Pos

Tipo di elaborato: progetto di intervento sul territorio

Abstract. *Il progetto intende svolgere un'analisi critica del servizio di valutazione e consulenza ausili che viene svolto nella struttura di Riabilitazione AREP-Onlus di Villorba, inserita all'interno dell'Azienda ULSS n° 9 di Treviso. Attraverso un percorso specifico di terapia occupazionale, la scelta dell'ausilio avviene a partire dall'analisi del bisogno della persona ma anche dell'ambiente fisico e sociale in cui essa vive, con l'obiettivo principale di accompagnare l'interessato nella scelta di uno strumento che quanto più possibile possa rispondere a criteri di "idoneità". L'elaborato tratterà la specificità della terapia occupazionale in queste fasi del trattamento riabilitativo rivolto al reinserimento sociale delle persona con disabilità ed analizzerà punti di forza e debolezza del servizio che viene svolto nella struttura identificata, proponendo eventuali modifiche da apportare, al fine di creare un percorso adatto a rispondere alle richieste dell'utenza in materia di ausili. Si studierà la possibilità di adeguare quindi le modalità di intervento per dare autonomia procedurale al percorso, identificando spazi di lavoro, tempi e personale addetto specifici: in questo modo si potrà offrire all'utenza un servizio che risponda alle esigenze individuali, permettendo a ciascuno una valutazione preventiva degli strumenti di cui può aver bisogno nella quotidianità.*

**Direttore del corso:
Responsabile tecnico scientifico:
Tutor del corso:**

**prof. Luigi D'Alonzo
ing. Renzo Andrich
dott.ssa Elisa Robol**

1. Sintesi del progetto

L'elaborato si pone come scopo l'analisi critica del percorso che un determinato bacino d'utenza può svolgere in riferimento alla valutazione e/o consulenza nell'ambito del mondo degli ausili.

In particolare, si farà riferimento al servizio che viene svolto all'interno della Struttura di riabilitazione "AREP-Onlus" di Villorba (TV), inserita all'interno dell'Azienda ULSS n.9 di Treviso come centro privato che eroga prestazioni anche a regime convenzionato, grazie a specifiche convenzioni stipulate negli anni.

Gli utenti che afferiscono al centro usufruiscono delle terapie mediche, fisiche e riabilitative in genere, secondo un regime di tipo ambulatoriale e quindi per un tempo determinato, perché vivono a proprio domicilio o in qualche struttura residenziale. Proprio per questo tipo di "offerta sanitaria", l'utenza richiede non di rado la risoluzione di qualche problema che gli si propone di intralcio allo svolgimento delle attività di vita quotidiana, sociale e di relazione, rivolgendosi al medico fisiatra piuttosto che al terapeuta o a qualsiasi altro operatore sanitario.

Andando a ricercare le tipologie di offerte di servizi che l'AULSS 9 fornisce e ponendo in esame anche ciò che le varie strutture del territorio annesso propongono (prendendo esempio anche dalla Struttura Complessa di Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari del Dipartimento di Riabilitazione e Lungodegenza), il coordinamento sanitario e la terapia occupazionale di AREP hanno rilevato che ciò che viene svolto all'interno della struttura è un servizio che intende essere studiato per il singolo individuo e le sue specifiche necessità, mirando a favorire la scelta di una "soluzione assistiva" quanto più possibile idonea e personalizzata.

Essendo emersa l'esigenza di uno spazio dedicato alla ricerca, alla valutazione e alla prova degli ausili rispondenti ai vari bisogni dell'utenza, è stato creato un ciclo di sedute specifiche, svolte nell'ambito della terapia occupazionale, finalizzate a conoscere il soggetto, il suo ambiente di vita e le sue necessità, per accompagnarlo verso l'analisi delle possibilità a sua disposizione che gli permettano di superare gli ostacoli alla sue capacità di funzionamento e partecipazione.

Attraverso tale progetto si intende strutturare il percorso ausili in modo da renderlo chiaro, accessibile e conosciuto alla maggior parte di utenti possibile, perché ne riconoscano le funzioni e finalità, come punto di riferimento per la risoluzione dei problemi relativi agli ambiti di vita quotidiana, postura, spostamento, comunicazione o adattamento ambientale.

Il focus maggiore rimane indirizzato verso le caratteristiche che presentano i "Centri Ausili" definiti tali, presenti in Italia e collegati alla rete di portali internet europei (EASTIN: rete di informazione europea sulle tecnologie per la disabilità e l'autonomia), in modo tale da aderire ad un modello già collaudato e verificato, permettendo così una sorta di omogeneità caratteristica di questo tipo di prestazione che è da considerarsi parte integrante del Progetto Riabilitativo di una persona con disabilità.

In particolare verranno presi in esame i diversi interventi che si sono potuti, si possono e si potranno attuare a tale scopo: strutturazione interna in collaborazione con l'equipe; adesione a giornate formative per utenza, medici di base, associazioni; organizzazione specifica di spazio, luogo e tempi dedicati agli ausili; valutazione di eventuali margini di miglioramento o limiti all'attuazione.

Ciò che si intende realizzare è l'articolazione precisa del percorso che favorisca una modalità di procedura in materia di ausili che diventi uno standard di lavoro costante.

Il progetto permetterà la presa di coscienza di ciò che si può offrire nella consulenza ausili, in particolar modo offrendo la possibilità agli utenti di provare concretamente gli strumenti di cui possono aver bisogno in un ambiente a loro conosciuto e con l'equipe riabilitativa che li ha in carico.

2. Premesse teoriche

Nelle riflessioni più recenti, con particolare riferimento a ciò che l'Organizzazione Mondiale della Sanità nel 2001 ha stabilito attraverso l'ICF (International Classification of Functioning, Disability and Health) (Lo Iacono et al, 2008), il nuovo concetto di disabilità definisce una situazione di difficoltà in cui la persona si ritrova rapportando le proprie capacità ai fattori ambientali che la

circondano, in un'accezione che si basa su un modello di studio che considera tre aspetti inerenti al contesto della persona: biologico, psicologico e sociale.

La terapia occupazionale, con il D.M. n.136/1997, è stata riconosciuta ufficialmente nell'ambito della Medicina Riabilitativa ed in particolare l'articolo 1 ne definisce il ruolo specificando che: "... *in riferimento alle prescrizioni del medico ... effettua una valutazione funzionale del soggetto ... volto all'individuazione e al superamento dei bisogni del disabile e al suo avviamento verso l'autonomia ... partecipa alla scelta e all'ideazione di ortesi congiuntamente o in alternativa a specifici ausili...*".

Il nuovo linguaggio dell'Organizzazione Mondiale della Sanità ha revisionato anche il concetto di ausilio, facendolo rientrare tra quei fattori contestuali strettamente correlati con la situazione della persona, perché strumento che permette l'adattamento individuale all'ambiente, definendolo come: "*qualsiasi prodotto 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*" (Andrich, 2011).

Il Sistema Sanitario Nazionale, attraverso il D.M. 332/1999, stabilisce le modalità di erogazione delle prestazioni che complessivamente definisce di assistenza protesica, facendo rientrare in essa tutta una serie di dispositivi codificati con appositi codici che - a seguito di una procedura che prevede il passaggio attraverso le fasi di prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo - possono essere dati in comodato d'uso alla persona.

Tale documento ha portato alla stesura di quello che si conosce come "Nomenclatore Tariffario della protesi": esso è costituito da tre parti: il testo del Decreto (che stabilisce le normative per la prescrizione e la fornitura), l'allegato 1 (che riporta il vero e proprio Nomenclatore) e l'allegato 2 (che riporta le condizioni di rinnovo, fornitura e garanzia delle varie classi di ausili). A sua volta l'allegato 1 è composto da tre "Elenchi", comprendenti dispositivi costruiti su misura o che richiedono modifiche (elenco 1), dispositivi di serie (elenco 2), apparecchi acquistati direttamente dalle aziende ed assegnati in uso (elenco 3), oltre a tutto il regolamento sulle modalità di erogazione delle prestazioni.

Molto importante però è arrivare alla scelta di una soluzione che possa quanto più considerarsi risolutiva del problema. A tale scopo il percorso valutativo deve venir eseguito in modo che la soluzione possa rispondere ai principi di competenza rispetto all'azione da svolgere, contestualità con l'ambiente di utilizzo e consonanza con l'utente (Andrich, 2008).

Sviluppare questo progetto permette di migliorare ancor più il servizio offerto alla persona, prendendo spunto da linee guida presenti ed esperienze già collaudate nel nostro Paese ed oltre confine. Significa in concreto poter creare un polo di riferimento per coloro che necessitano di risposte in materia di prestazioni protesiche.

L'organizzazione del servizio, di conseguenza, deve essere studiata mantenendo l'attenzione su quanto appena espresso e prendendo spunto da quanto esplicitato dallo Studio Europeo HEART (De Witte et al., 1995) svolto nel 1995 ed eseguito sui sistemi pubblici, che individua 7 fasi specifiche del processo di assistenza protesica:

- 1- iniziativa: riconoscimento del bisogno e della possibilità di risolverlo con un ausilio;
- 2- valutazione: della persona e del suo contesto;
- 3- scelta della soluzione: ricerca delle alternative possibili;
- 4- scelta dell'ausilio: con relativa prova;
- 5- autorizzazione: parte burocratica che inizia con la prescrizione;
- 6- fornitura: ordine e consegna dell'ausilio;
- 7- gestione e follow up: eventuale addestramento e valutazione a distanza di qualche tempo.

Il confronto con tale studio permetterà il miglioramento del percorso di AREP, adeguando il ciclo di sedute alle fasi sopra citate ed implementando le parti mancanti.

3. Contesto

La provincia di Treviso conta 888.249 abitanti divisi in 95 comuni e comprende 3 aziende sanitarie: la numero 7 con sede amministrativa a Pieve di Soligo che copre 28 comuni dell'area territoriale più a Nord, la numero 8 di Asolo con 30 comuni situati più a Ovest e la numero 9 di Treviso.

L'Azienda ULSS N°9, istituita a gennaio del 1995, comprende 37 comuni con un totale di 416.936 abitanti ed è divisa in 4 distretti: 1) Treviso, 2) Paese-Villorba, 3) Mogliano Veneto, 4) Oderzo.

Essa offre una serie di servizi che ha organizzato e possono venir erogati direttamente dalle strutture interne o attraverso una serie di altre strutture accreditate.

AREP-Onlus è un'associazione riconosciuta ai sensi del Decreto Legislativo n. 460 del 1997 ed è accreditata con il Sistema Sanitario secondo l'articolo 26 della Legge 833/78 che tratta di "...assistenza extraospedaliera diretta al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali...", attraverso una convenzione stipulata con l'AULSS 9 nel 2002 che da allora viene prorogata di anno in anno. La struttura svolge quindi attività sia a carattere sociale che sanitario, in particolare offrendo trattamenti riabilitativi ambulatoriali con:

- visite medico specialistiche,
- rieducazione motoria,
- terapia occupazionale,
- inquadramento e training neuropsicologici,
- rieducazione cognitiva e logopedica,
- psicomotricità,
- terapia fisica,
- musicoterapica
- ippoterapia.

Per quanto riguarda la tematica degli ausili è riconosciuto ente prescrittore. L'organico sanitario della struttura prevede: 8 medici (5 fisiatristi, 2 ortopedici, 1 radiologo), 28 fisioterapisti, 2 terapisti occupazionali, 2 educatori, 2 logopedisti, 2 neuropsicologi, 2 psicologi, 2 psicomotricisti, 1 infermiere, 1 musicoterapista e 1 maestra d'arte.

La provenienza del bacino di utenza non riguarda esclusivamente l'AULSS 9: afferisce alla struttura anche una percentuale variabile di pazienti facenti parte delle aziende sanitarie limitrofe, in particolar modo della n.8, della n.7 e della n. 13 della provincia di Venezia.

Per quanto riguarda la casistica, le persone che afferiscono al centro, nel totale, sono portatrici di disabilità considerata semplice, ad esempio di tipo ortopedico (17%), gravi celebrosioni acquisite (4%) e disabilità complesse (79%); in quest'ultima tipologia possiamo comprendere emiparesi, sclerosi multipla, para e tetraparesi, parkinsonismi, esiti di PCI, oltre a tutta la fascia pediatrica con soprattutto disturbi di apprendimento, ritardi mentali, sindrome di Down ed autismi.

In aggiunta all'elencazione appena riportata riguardante lo specifico delle patologie, dall'analisi dei flussi che vengono svolte periodicamente, anche su richiesta dell'AULSS, si rileva che sono in aumento le prese in carico di casi sub-acuti ed evolutivi con situazioni cliniche che richiedono continue rivalutazioni ed adattamenti del progetto riabilitativo, mentre diminuiscono quelli cronici che tornano ad affidarsi maggiormente al medico di medicina generale. Questo si traduce nella necessità di una presa in carico globale della persona, in relazione ai servizi offerti dal territorio ed al contesto in cui essa vive.

In base alle convenzioni precedentemente citate, per organizzare i propri trattamenti la struttura prende spunto anche dai regolamenti e dalle linee guida che il territorio stabilisce. Nello specifico, il Piano di Zona dell'AULSS 9 previsto per il periodo 2011-2015, a partire dal D.G.R. n. 2082 del 2010, mette per iscritto gli obiettivi che intende raggiungere in tema di disabilità, favorendo delle azioni che mirino alla personalizzazione delle risposte per favorire la realizzazione di "progetti di vita" basati sui bisogni, le potenzialità e le aspettative dei diversi soggetti. Il territorio quindi intende sostenere l'organizzazione integrata del sistema d'offerta con gli interventi rivolti all'integrazione ed in questa progettualità il servizio ausili può svolgere un ruolo importante.

4. Situazione iniziale

Attualmente il bacino di utenza in carico all'AULSS 9 che richiede delle prestazioni di assistenza protesica può seguire percorsi diversi per arrivare alla fornitura dell'ausilio.

Una prima grande divisione la possiamo fare tra chi sceglie di intraprendere una strada di tipo "privato" e chi invece quella "convenzionata".

Nel primo caso, la persona o chi per essa acquista direttamente lo strumento di cui ha bisogno da un'ortopedia o sanitaria che sceglie in base a valutazioni proprie, su consiglio del medico curante o del terapeuta: in questo modo supera tutto l'iter burocratico ed accorcia notevolmente i tempi che intercorrono tra il momento della prova-scelta dell'ausilio e quello dell'effettiva fornitura.

Non sempre però quanto appena scritto può essere una libera scelta dell'utente: per molti ausili, come ad esempio per gli oggetti di vita quotidiana, per quelli sportivi, i servoscala o in genere tutti quelli non compresi all'interno del Nomenclatore Tariffario (perché oramai datato e per certi versi anche superato) tale procedura diventa comunque obbligata.

Per tutti quegli ausili, invece, soggetti a maggior frequenza di richiesta e per coloro i quali siano in possesso di certificazione di invalidità di grado superiore al 33%, per gli istanti in attesa di riconoscimento o accertamento, per i minori di 18 anni e per gli invalidi del lavoro, il Sistema Sanitario Nazionale prevede e regola un servizio di assistenza organizzato in specifiche fasi per giungere alla fornitura dell'ausilio necessario alla persona che ne usufruisce in regime di "comodato d'uso" a tempo indeterminato.

Come anticipato, il regolamento prevede dei passaggi obbligati che ruotano attorno al bisogno della persona e passano attraverso una richiesta esplicitata da un medico specialista: in particolare, viene compilata una prescrizione che descrive le caratteristiche dell'ausilio attraverso dei codici riconosciuti a livello nazionale e che viene consegnata presso l'Ufficio Prestazioni, Protesi ed Ausili dell'azienda sanitaria di residenza come richiesta ufficiale di autorizzazione alla fornitura. Una volta avvenuta la consegna, l'ultimo passaggio spetta al medico prescrittore che procede al collaudo: la visita che *"...accerta la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell'autorizzazione...entro 20 giorni dalla data della consegna."* (art.4 D.M.332/99).

Quanto appena descritto resta imprescindibile a livello nazionale come standard procedurale; per quanto riguarda il contesto territoriale che si sta prendendo in esame, molto viene svolto in materia di percorso-ausili dal servizio del Dipartimento di Riabilitazione dell'AULSS, denominato Struttura Complessa di Attività Riabilitative Territoriali e Domiciliari (S.C.ARTD).

Per l'utenza di AREP, in sede di prestazioni di terapia occupazionale, si è iniziato da qualche anno ad offrire una valutazione che fosse concretizzata dalla possibilità di effettuare delle prove degli ausili e preventiva rispetto all'avvio delle procedure "burocratiche".

Il percorso viene messo in atto tramite richiesta su impegnativa da parte del Medico di Medicina Generale di "visita fisiatrice per prescrizione ausili" per quegli utenti che – nel momento in cui emerge tale bisogno – non siano presi in carico dalla struttura con qualche tipo di prestazione, oppure su segnalazione dell'utente direttamente in sede di visita di controllo o attraverso un operatore facente parte del progetto riabilitativo in corso d'opera.

Questi requisiti permettono l'avvio del percorso specifico che si andrà ad analizzare di seguito e richiedono la strutturazione dello stesso in termini di personale responsabile, spazio e tempo dedicati, e naturalmente procedure di lavoro apposite.

Allo stato attuale, il percorso di consulenza ausili viene svolto con delle modalità che non sono ancora codificate e condivise chiaramente con l'equipe riabilitativa. Alcuni piccoli aggiustamenti sono stati attuati in corso d'opera negli ultimi tre anni: sempre in maggior misura infatti il servizio è stato affidato al settore di terapia occupazionale per fare in modo che venisse svolto con modalità costanti ed individuando anche il personale addetto.

Elaborare questo progetto e svolgere la relativa analisi significa valorizzare l'operato, stabilire delle modalità procedurali definite e dare concretezza ad un servizio con propria autonomia organizzativa e gestionale. In termini pratici significa offrire alla persona la possibilità di intraprendere e conoscere un servizio che sia riconoscibile dal punto di vista delle procedure da seguire e del personale a cui rivolgersi.

5. Obiettivi del progetto

L'impatto che l'adozione di un ausilio porta nella vita di una persona richiede in qualsiasi caso la necessità d'adattamento da parte della stessa ad un nuovo, seppur anche minimo, stile di vita, perché va ad incidere sull'immagine di sé, sulle abitudini, sull'ambiente domestico ed anche sulle modalità di

relazione con gli altri, in funzione di una quanto più possibile integrazione sociale. Non è difficile comprendere quanto sia importante, quindi, accompagnare la persona verso una scelta idonea, attraverso un approccio centrato proprio su di essa, sollecitandone un atteggiamento attivo e consapevole. Creare un percorso di valutazione e consulenza ausili significa mettere a disposizione della collettività un servizio al quale essa è libera di appoggiarsi lungo il corso del processo di riabilitazione per l'autonomia, per richiedere interventi di orientamento, consulenza, formazione, valutazione o addestramento.

In seguito all'analisi svolta in struttura e tenendo in considerazione le fasi individuate della Studio Europeo HEART (De Witte et al. 1995), si vuole mettere a confronto quest'ultime con il percorso ausili di AREP. Con questi presupposti il progetto si propone di andare ad intervenire in particolar modo sulle seguenti fasi: assessment, scelta della soluzione, scelta dell'ausilio, gestione e follow up, attraverso azioni che potranno riguardare la gestione delle sedute dedicate, la creazione di spazi maggiori ed adeguati, la formazione degli operatori per una trasmissione delle informazioni uniformemente condivise.

Gli obiettivi che si vogliono raggiungere si sviluppano su due livelli:

- micro: offrire alla persona un servizio che possa considerarsi efficace ed efficiente perché rispondente alle esigenze individuali, fornendo informazione, consulenza, possibilità di prova senza influenza di tipo commerciale, analisi globale degli aspetti fisici, clinico-riabilitativi, cognitivi ed ambientali in un contesto che si potrebbe definire quasi "superpartes". Tutto ciò ponendo come focus la ricerca della miglior soluzione assistiva, ossia di quel *"corredo di strumenti comprendente sia tecnologie di uso generale che specifiche tecnologie assistite, allo scopo di risolvere il problema di una determinata persona in un determinato ambiente rispetto ad una specifica attività"* (AAATE, Position Paper 2003);
- macro: creare un servizio offerto all'utenza in grado di farsi riconoscere per specificità e professionalità come tipologia a sé stante all'interno dell'interdisciplinarietà del progetto riabilitativo, sull'esempio dei Centri Ausili riconosciuti su territorio nazionale.

L'intenzione complessiva del progetto prevede un lavoro che, a partire dall'analisi dello stato attuale del servizio, possa puntare alla creazione di una tipologia di intervento che diventi individualizzato in base al caso specifico per favorire la scelta quanto più soddisfacente e funzionale possibile, ma che al tempo stesso si articoli su una base costante di strutturazione in termini di personale responsabile, tempistica e luogo per lo svolgimento.

In commercio infatti sono presenti innumerevoli tipologie di ausili, ciascuno con caratteristiche, funzionalità e prezzi diversi. Una persona a cui emerga un bisogno risolvibile con uno di tali strumenti difficilmente ha le conoscenze o è aggiornato non tanto su quello che il mercato offre, quanto sulla materia nel complesso che comprende oltre agli aspetti tecnici, anche valutazioni cliniche, ambientali e procedure burocratiche.

In assenza di interventi, tenendo presente i due piani sopra considerati, il rischio per la persona è di farsi influenzare nella scelta dell'ausilio dalla sanitaria o ditta fornitrice, che facilmente può essere soggetta ad un giudizio di tipo "commerciale" e molto meno clinico. Questo può accadere perché il servizio offerto dalla struttura rimane parziale, terreno comune di medico, fisioterapista e terapeuta occupazionale, con minori possibilità di presa in carico professionale e specifica.

Attraverso l'analisi svolta, con tale elaborato si intende favorire una strutturazione del servizio ausili secondo le linee guida considerate per fare in modo che l'utenza abbia un'offerta di prestazioni che sia costante e funzionale, e non richieda la necessità di attivazione "ad personam" con ricerca di volta in volta di spazi e tempi disponibili.

Alcuni studi (Scherer, 1996) inoltre dimostrano che un buon lavoro di assessment precedente alla prescrizione è un requisito fondamentale perché si verifichi il miglior rapporto di efficienza nell'uso delle risorse, evitandone uno spreco, riducendo la probabilità che l'ausilio venga sotto-utilizzato o addirittura abbandonato; molti autori infatti concordano sul fatto che le ragioni del fenomeno dell'abbandono non siano legate all'ausilio in sé quanto alle modalità del processo di fornitura (Andrich, 2008).

6. Articolazione del progetto

Prendiamo in esame le varie fasi che compongono il progetto e analizziamole in progressione.

In primo luogo è necessario ricercare la condivisione da parte dell'equipe riabilitativa e soprattutto della direzione sanitaria, su quello che riguarda gli obiettivi già esposti e gli interventi da attuare per concretizzarli. Essi sono:

- a) individuazione e suddivisione dei ruoli, in particolare tra medici fisiatristi e terapeuti: i primi in quanto prescrittori svolgono un ruolo iniziale e finale nel percorso, mentre i terapeuti si occupano della parte pratico-valutativa. Nello specifico vuol dire maggior formazione, aggiornamento e preparazione da parte dei terapeuti in materia di ausili e conseguente collaborazione con i prescrittori che, in tal modo, possono affidare la fase di analisi e prova appunto ai terapeuti, dopo aver eseguito la visita fisiatrica;
- b) ristrutturazione del percorso, che significa l'assegnazione del paziente al settore di terapia occupazionale attraverso l'avvio da parte del medico. Egli, fornendo indicazione sulla tipologia di strumento da analizzare, prescrive un ciclo di sedute specifico per valutazione ausili suddiviso in 6 incontri (8 per i casi più complessi), che verranno così organizzati:
 - **prima seduta** di valutazione e raccolta di informazioni finalizzata all'individuazione del bisogno, alla spiegazione del percorso e delle procedure necessarie;
 - **seconda seduta** (ed eventuali successive) destinata alla prova delle alternative di ausili possibili, dopo che la terapeuta occupazionale ha eseguito una ricerca su ciò che il mercato offre in riferimento alle esigenze della persona interessata; in questo incontro ci si può avvalere della consulenza e collaborazione di tecnici ortopedici esterni per fornire tutte le informazioni specifiche e studiare gli eventuali adattamenti da apportare, in una visione di ricerca di una maggior personalizzazione, intesa come studio dell'ausilio sulla persona perché possa adattarsi alle richieste che l'ambiente attorno a lei pone. In questo modo si cerca di offrire un servizio che quanto più possibile possa mettere la persona nelle condizioni migliori per poter scegliere lo strumento più idoneo rivolgendosi poi all'azienda fornitrice di propria scelta;
 - **terza seduta** riservata alla stesura delle relazioni sul percorso svolto e sull'ausilio individuato, descrivendone le caratteristiche e le motivazioni che hanno portato alla scelta, oltre che alla compilazione dei moduli preposti: in questo modo si esegue la prima fase di preparazione della documentazione, che verrà poi consegnata al prescrittore;
 - **quarta seduta** affidata nuovamente al medico che ha eseguito la prima visita per la valutazione del percorso e dell'incartamento presentatogli dalla terapeuta occupazionale, il quale, se concorde, procederà alla prescrizione dell'ausilio, che è poi la richiesta ufficiale che l'interessato rivolgerà all'azienda sanitaria di pertinenza;
 - **quinta seduta** deputata alla visita di collaudo da fissare in seguito alla consegna eseguita da parte della ditta fornitrice che può essere scelta dall'utente per quegli strumenti per i quali è possibile un ordine su misura, oppure che ha vinto la gara d'appalto della zona per quelli definiti di serie;
 - **ultima seduta** da fissare a tre mesi di distanza della data del collaudo per il follow up e la compilazione del questionario QUEST (Demers et al, 2000) svolto in sede di terapia occupazionale. Tale punto è sicuramente uno degli interventi che l'elaborato vuole maggiormente approfondire perché importante proprio dal punto di vista qualitativo del percorso ausili: significa concludere l'iter con il rimando da parte dell'utente-protagonista su ciò che è stato svolto, mantenendo la centralità dell'intervento proprio su di lui.
- c) informazione all'interno dell'organico sia sanitario che amministrativo di segreteria di modalità procedurali e personale responsabile del percorso ausili attraverso almeno una

riunione interna di presentazione e spiegazione, in modo tale da favorire un passaggio delle informazioni univoco anche verso l'utenza, riducendo trasmissioni errate o telefonate di richiesta che possono interrompere altre terapie, così da creare una modalità di erogazione del servizio costante;

- d) individuazione all'interno della struttura di uno spazio dedicato e consono dove effettuare le valutazioni e prove, allestito con una postazione fornita di computer con connessione Internet per la stesura delle relazioni, la consultazione e raccolta informazioni su portali e siti dedicati agli ausili, oltre che di collegamento telefonico diretto per il contatto con utenza, ortopedie, aziende sanitarie, dove poter organizzare una piccola mostra ausili da tenere a disposizione o quantomeno da avere come "magazzino" di scorta per le prove;
- e) possibilità di creare un percorso, annesso allo spazio precedente, specifico per l'addestramento all'uso di carrozzine sia manuali che elettroniche, che sia flessibile ed adattabile alle esigenze, in modo che la persona possa provare non solo la gestione base della propulsione in piano, ma che possa anche verificare di riuscire ad affrontare delle pendenze, piuttosto che il superamento di ostacoli o gestire una manovra in spazi ridotti. Tutto questo in un ambiente protetto, senza distrazioni o pericoli dovuti all'interferenza di altre persone;
- f) organizzazione e/o adesione ad eventi di formazione rivolti ad utenti, familiari, associazioni, medici di base, con l'obiettivo di illustrare le possibilità di risoluzione delle difficoltà attraverso l'adozioni di ausili; ma anche offrire un servizio di informazione e consulenza sulle procedure burocratiche, presentare ciò che il mercato offre ed i produttori "inventano", con lo scopo di favorire una maggiore presa di coscienza da parte dell'utente ed una partecipazione attiva nella propria riabilitazione;
- g) non per ultimo nell'ordine di attuazione degli interventi, sarà importante stabilire con la direzione sanitaria quale tipo di impronta dare al servizio ausili per rafforzare la particolare tipologia di prestazione: essa potrebbe rimanere come parte del trattamento di terapia occupazionale, ma potrebbe anche diventare prestazione più autonoma da offrire sia per il bacino di utenza interno (convenzionato) sia come punto di riferimento anche per esterni (privatamente), se strutturato sull'esempio dei "Centri Ausili";
- h) creare una rete di contatti con le sanitarie e le aziende fornitrici di ausili che permetta una collaborazione efficace per offrire la possibilità all'utente di vedere, provare e scegliere i dispositivi sulla base dell'esperienza da lui stesso vissuta, analizzando anche le differenze che possono intercorrere tra marchi diversi ed individuando così quello maggiormente idoneo.

In tutta questa progettazione, le problematiche che si potrebbero incontrare possono essere connesse alla posizione di subordinazione di AREP nei confronti dell'Azienda Sanitaria, in quanto la convenzione prevede l'affidamento di alcuni servizi purché non si entri in un rapporto di concorrenzialità e le varie offerte che si vogliono proporre all'utenza convenzionata devono comunque essere avvallate dall'AULSS.

Nello stesso tempo, l'ambulatorialità caratteristica della struttura pone alcuni limiti per quanto riguarda la completezza richiesta ad una consulenza ausili: spesso infatti può essere necessaria la possibilità di eseguire delle valutazioni presso il domicilio dell'utente o nell'ambiente nel quale verrà utilizzato lo strumento richiesto, permettendo così una raccolta di informazioni globale, comprendente anche gli aspetti contestuali di utilizzo del dispositivo con la possibilità di rilevare eventuali difficoltà di spazio, ingombri, dislivelli, gestione oppure maggiori capacità di utilizzo perché in ambiente familiare. Ciò però non è espresso negli accordi sanciti tra AREP e AULSS 9, quindi difficile da attuare sotto gli aspetti organizzativi, assicurativi ed anche remunerativi.

Le stesse difficoltà sono ugualmente riferibili alla necessità di continua formazione ed aggiornamento, indispensabili per poter fornire una buona consulenza all'utenza ma anch'essa di problematica attuazione se non in forma personale, perché non specificato come competenza attribuita al ruolo di un terapeuta che presta servizio in una struttura ambulatoriale.

Una volta approvato il progetto nei vari interventi sovraesposti, si può calcolare un primo periodo di 3-6 mesi necessario all'attivazione e riorganizzazione della parte amministrativa e gestionale del servizio in cui si prevedano delle riunioni con il territorio, delle equipe interne e l'inizio dell'adeguamento del ciclo di sedute specifico. Nel corso di un anno poi si prevederà di arrivare ad

aver organizzato lo spazio preposto con le caratteristiche descritte, avviato il percorso completo di tutte le fasi compreso il follow up e, proprio da quest'ultimo, iniziato a raccogliere dati ed informazioni utili alla verifica dell'andamento del servizio così strutturato.

Si presume invece che i tempi potranno essere più lunghi per quanto riguarda la possibilità di realizzazione del percorso per l'addestramento delle carrozzine, vista, in primo luogo, la necessità di creare un progetto tecnico da presentare oltre che al Consiglio d'Amministrazione di AREP anche agli uffici comunali per riceverne approvazione e permessi. Una volta superati questi ostacoli si dovrà procedere alla preparazione dei vari preventivi per passare poi alla realizzazione pratica del lavoro.

Come si evince dalla trattazione, i soggetti coinvolti in prima persona sono sicuramente la direzione ed il coordinamento sanitario assieme al terapeuta occupazionale di riferimento, in secondo piano però entrano a far parte limitatamente anche il personale di segreteria, o meglio un operatore che, a conoscenza della modalità di erogazione del servizio, si occuperà di assegnare le sedute di "terapia occupazionale per ausili", le visite di collaudo e la seduta post data per il follow up.

7. Risultati previsti

La creazione di un percorso di consulenza ausili ben strutturato, interno ad un centro di riabilitazione come AREP, favorirà l'utente nella scelta di uno strumento che sia quanto più possibile personalizzato ed idoneo alle sue esigenze, perché supportato da una valutazione realizzata all'interno di una presa in carico caratterizzata da un'interdisciplinarietà professionale che offre una visione olistica della situazione clinico-funzionale della persona, consentendo una maggior completezza nell'analisi delle capacità, limiti e possibilità del soggetto in funzione dell'adozione di un ausilio.

Da non dimenticare che, nel realizzare le fasi del progetto, si va a creare un punto di riferimento al quale le persone possono scegliere di affidarsi per il soddisfacimento del loro bisogno. All'emergere di quest'ultimo, infatti, AREP può offrire un servizio che propone la valutazione, le prove, la preparazione della documentazione, la verifica ed anche l'eventuale addestramento, evitando al soggetto ed ai suoi familiari di dover effettuare ricerche e spostamenti tra ambulatori o sanitarie e mantenendo con maggior facilità il filo conduttore del proprio percorso. All'utente quindi resta solo il compito di presentare le pratiche al distretto e richiedere dopo la consegna la visita di collaudo.

Il grado di adattamento dello strumento che si può ricercare in questa modalità di prestazione dovrebbe favorire una soddisfazione dell'individuo che si traduce in un maggior utilizzo, un minor rischio di abbandono e quindi un miglior sfruttamento anche delle risorse pubbliche.

Diventare un punto di riferimento per l'utenza è un risultato molto importante per la struttura perché significa essere riconosciuti nel territorio per un servizio che poche altre strutture, perlomeno all'interno dell'AULSS 9, possono offrire nella sua interezza. Vuol dire entrare a far parte di una rete di collaborazione che favorisce occasioni di confronto sulle informazioni e possibilità di interscambio lavorativo.

La realizzazione del progetto attraverso l'organizzazione e ristrutturazione delle prestazioni di consulenza ausili in concreto permetterà di creare un sistema di contatti anche con l'esterno, che si potrà ramificare e rafforzare in particolare con gli uffici prestazioni, ma anche con le ortopedie e gli utenti che in tal modo troveranno in AREP uno spazio dedicato.

Diffondere la conoscenza del servizio nel territorio significa renderlo più efficiente, perché la collaborazione che ne può derivare favorisce la condivisione delle informazioni ad esempio sulla "storia protesica" di una persona evitando errori di prescrizione e miglior distribuzione delle risorse.

Indicatori di qualità ed efficienza saranno rilevati attraverso l'analisi dei dati che la compilazione dei questionari Quest potrà fornire, ma anche la rilevazione dei numeri di richieste di valutazioni ausili che potrà arrivare dall'utenza e da un calcolo negli anni successivi all'attivazione del quantitativo di prescrizioni che si effettueranno.

Una futura verifica, infatti, potrà esser fatta elaborando un'indagine sotto forma di intervista a distanza di almeno un anno dalla data del follow up per rilevare se l'ausilio venga ancora utilizzato e quali cambiamenti può aver portato la scelta di quel determinato strumento nella vita di quella persona in termini di qualità ed autonomia, intesa come miglior relazione con sé, con gli altri e con l'ambiente.

8. Relazione tecnica

Di seguito si sintetizzano schematicamente le singole fasi da svolgere per realizzare il progetto analizzato dall'elaborato, riportando la suddivisione per punti precedentemente illustrate al capitolo 3. Esse sono ovviamente soggette all'approvazione da parte del Consiglio d'amministrazione e della direzione sanitaria di AREP, nonché dal Dipartimento di medicina riabilitativa dell'AULSS 9.

Tabella n.1

FASI	AZIONI	SOGGETTI COINVOLTI
a) Creazione dell'organico preposto	-Riunione d'equipe interna -Partecipazione ad eventi formativi e di aggiornamento	-Direzione e coordinamento sanitari / medici prescrittori -Terapista occupazionale
b) Ristrutturazione del percorso	-Analisi delle modalità precedenti di consulenza ausili -Studio della suddivisione delle sedute	-Coordinamento medico-sanitario -Terapista occupazionale
c) Formazione interna	-Organizzazione riunione interna per la presentazione del percorso ausili	-Direzione sanitaria -Terapista occupazionale -Personale sanitario -Organico segreteria
d) Allestimento spazio dedicato	-Individuazione stanza -Preparazione stanza -Preparazione postazione desk -Allestimento mostra ausili	-Personale amministrativo e terapista occupazionale -Operai della manutenzione e terapista occupazionale -Operatore settore informatico -Terapista occupazionale e tecnici ortopedici disponibili a creare una rete di collaborazione
e) Creazione percorso carrozzine	-Elaborazione progetto -Presentazione in Comune -Lavori di realizzazione	-Terapista occupazionale e consulente tecnico -Ufficio comunale -Squadra operaia scelta
f) Diffusione conoscenza del percorso ausili	-Organizzazione/adesione ad eventi di formazione	-Terapista occupazionale -Utenti/familiari -Associazioni -Medici di base
g) Definizione della prestazione	-Analisi dei costi	-Direzione e coordinamento sanitario
h) Creazione rete di contatti con sanitarie	-Organizzazione incontri di conoscenza	-Direzione sanitaria -Sanitarie del territorio -Aziende ausili

Per realizzare tale progetto sarà importante la stesura di un protocollo d'intesa che sancisca gli accordi tra la struttura e l'azienda sanitaria locale, in modo tale da legittimare la tipologia di prestazione sulla base dei regolamenti già in vigore, quali possono essere: la Convenzione Regionale sulle strutture extraospedaliere (Delibera n.3922) o i Piani di zona periodici (2011-2015).

Per alcune delle fasi individuate, infine, sarà necessario l'uso di protocolli di lavoro che permettano lo svolgimento dei singoli interventi e l'analisi dei dati da essi emergenti; si adotteranno quindi oltre che i questionari Quest per il follow up già citati nei capitoli precedenti, anche schede di valutazione per la raccolta informazioni iniziale (Allegato 1), o per la rilevazione ad esempio delle capacità di gestione della carrozzina elettronica durante le prove su percorso (Allegato 2).

9. Scenari

Si propone un caso studio dal quale emerge come la scelta dell'ausilio possa fortemente mantenere ed incrementare la vita sociale di relazione di un utente, garantendogli di preservare una buona autonomia di spostamento in sicurezza che gli consenta di raggiungere i siti di interesse, quali il centro di terapia e l'ambiente di lavoro.

Il caso è esemplificato da D.R.P., 42 anni, affetto da disabilità motoria ingravescente in distrofia muscolare di Becker.

Autonomo negli spostamenti, deambula con marcia a base allargata in iperestensione del rachide lombare con forte ondeggiamento del busto e con grave difficoltà nella gestione dei cambi posturali, soprattutto nel raggiungimento della posizione ortostatica con partenza da seduto. In possesso di patente speciale, guida autonomamente l'auto, tipo monovolume che quindi ha già di partenza un'altezza a lui favorevole e che ha adattato semplicemente modificando il sedile con un modello girevole.

In sede di visita fisiatrica emerge una progressiva maggior affaticabilità nella deambulazione ed un aumento del rischio di caduta nei cambi posturali. Gli esiti desiderati dal paziente sono relativi al mantenimento del proprio livello di autonomia che gli consente un buon inserimento socio-lavorativo.

Il medico pertanto propone la pianificazione di un Progetto Riabilitativo Individualizzato della durata di circa 6 mesi nei quali suddividere n°50 accessi nelle aree di rieducazione neuronotoria, idrochinesiterapia e terapia occupazionale con specifico invio per "valutazione di carrozzina elettrica basculante e verticalizzante a facilitazione degli spostamenti in sicurezza".

Si prescrivono 8 sedute da suddividere nel seguente modo:

- I. Raccolta informazioni iniziale, conoscenza del paziente e dei suoi bisogni, spiegazione delle modalità di svolgimento del percorso e delle tipologie, caratteristiche e differenze di carrozzine esistenti. Si richiede al soggetto di illustrare abitudini di vita, modalità di spostamento e trasferimento. Da quanto emerge si decide di richiedere in visione due modelli di elettroniche: una verticalizzante ed una con sistema elevabile.
- II. Si programma l'incontro con un'ortopedia per la prova degli ausili e si verifica quanto segue: il modello verticalizzante (Invacare mod. Dragon Vertic), in quanto elettrico, favorisce gli spostamenti a medio e lungo raggio ma nel raggiungimento della stazione eretta non riduce il rischio di caduta perché il sistema va ad interferire con le strategie di compenso muscolare necessarie a P. per effettuare il cambio posturale; il modello elevabile (Ottobock mod. B500 con sistema di elevazione), invece, risulta essere più consono alle sue esigenze perché gli permette di gestire autonomamente e progressivamente il movimento in sicurezza attraverso il comando tramite joystick. Il sistema in questo caso non "spinge verso l'alto" ma offre una base d'appoggio stabile ed alta che supporta quindi il salire e scendere dall'ausilio.
- III. Una volta individuata la carrozzina si procede a valutare la possibilità di caricamento in automobile: fortunatamente la vettura in possesso ha un bagagliaio sufficientemente ampio che ne permette il trasporto, ma è necessario trovare una soluzione di adattamento del mezzo per il sollevamento. Si organizza quindi un ulteriore appuntamento con un tecnico che si occupi di allestimenti auto per valutare ciò che il mercato offre e si ragiona sulla possibilità di installare una gruetta (Handytech verricello mod. Hercules) con comando tramite telecomando che carichi la carrozzina, richiedendo all'utente solo l'agganciamento delle cinghie di ancoraggio, che si è verificato essere un passaggio possibile.
- IV. Stesura delle relazioni: una interna di aggiornamento della cartella clinica in cui si illustra il percorso valutativo svolto, le soluzioni provate e le considerazioni risultate; una descrittiva degli strumenti emersi più idonei in cui si specificano le caratteristiche e si giustificano le scelte.
- V. Passaggio al medico prescrittore per la verifica di quanto emerso e compilazione della prescrizione.
- VI. All'avvenuta della consegna, visita di collaudo del fisiatra prescrittore.
- VII. Follow up a 3 mesi, attraverso una seduta di terapia occupazionale in cui si somministra il questionario Quest (Allegato 3), si raccolgono le impressioni sulle soluzioni adottate, si rivede l'ausilio e la sua gestione, si verifica l'eventuale necessità di ulteriori adattamenti o possibili problemi emersi.

La seduta restante rimane in sospenso nel database della segreteria per un tempo determinato (un anno al massimo) e può fungere da "jolly" a disposizione per prove ausili, per addestramento nel caso sia necessario o per rivalutazioni a distanza di 6 mesi o un anno che verifichino la soddisfazione dell'utente, la funzionalità dello strumento e soprattutto il non abbandono.

In questo caso specifico, l'intraprendere il percorso di terapia occupazionale ha permesso all'utente di comprendere le possibilità che l'adozione di tali strumenti poteva offrirgli e di accettarne conseguentemente l'uso, dato che in prima seduta era emerso che per lui tutto questo significava una situazione clinica in peggioramento.

Accompagnarlo poi nelle prove ha permesso un approccio graduale, senza forzature di tipo commerciale, affiancando la valutazione con un'analisi funzionale anche delle difficoltà e delle strategie di compenso per la gestione di questi nuovi ausili.

10. Piano economico

L'investimento economico necessario all'attuazione del progetto comprende sia risorse umane che materiali, che l'analisi svolta si propone di riorganizzare e formare nello specifico della materia. Non si ritiene infatti necessario richiedere fondi ulteriori per il progetto, visto che la prestazione può essere considerata parte integrante del trattamento di terapia occupazionale e quindi con copertura a carico dell'AULSS secondo quanto previsto dal tariffario regionale.

Per quanto riguarda le risorse umane, è già presente il personale sanitario che può essere destinato a tale servizio: in particolare le figure mediche con abilitazione alla prescrizione ed un terapista occupazionale aggiornato in materia di ausili ed in possesso anche dell'attestato del Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone con disabilità".

Come precedentemente segnalato, ciò che sarà necessario attuare, sarà il concordare con l'AULSS n.9 un adeguamento dei criteri del rimborso prestazionale per una copertura specifica del servizio.

Allo stato attuale, il tariffario della regione Veneto in materia di prestazioni riabilitative per le patologie ad alta complessità prevede una copertura di 43 euro a seduta: da questo si evince che un percorso di terapia occupazionale per ausili richiede all'AULSS 9 un rimborso di 258 euro per un ciclo di sei sedute.

Per quanto riguarda le operatrici della segreteria, anch'esse già presenti, sarà necessario semplicemente informarle delle nuove modalità di procedura ed eventualmente collocarne una alla gestione degli appuntamenti dedicati di terapia occupazionale, di prescrizione, di collaudo e di follow up.

Difficili da stimare le risorse esterne da reperire, quelle che concernono la disponibilità alla collaborazione di tecnici ortopedici ed aziende per l'effettuazione delle prove in struttura.

Rilevanza sul piano economico viene attribuita anche al tempo necessario alla riorganizzazione del servizio ed all'allestimento dello spazio dedicato. Questo significa copertura economica del personale per le occasioni di riunione di equipe interna e con il territorio stimabili indicativamente in due mezzeggiornate, mentre potrebbe bastare qualche ora per l'allestimento della stanza disponibile per tale servizio.

In riferimento alle spese concretamente da sostenere, per la mia formazione non è semplice quantificare una cifra, ma tento di farlo analizzando gli elementi che richiedono investimenti economici.

Indubbiamente la realizzazione del percorso per l'addestramento delle carrozzine richiede il maggior impiego di risorse, quantomeno per la creazione degli spazi: si rende necessaria la pavimentazione di un'area di circa 60 m², ora destinata a giardino, con una spesa che si potrebbe aggirare sui 5.000 euro per la cementificazione, a cui andranno ad aggiungersi indicativamente 15.000 euro per la copertura e la realizzazione delle pareti che potranno essere con una struttura in carpenteria con pannelli coibentati e telaio in acciaio. Il contenuto invece potrebbe essere creato dai volontari dell'area sociale (falegnami) con materiale di recupero o proveniente da donazione, nei laboratori di cui AREP è fornito, quantificando una spesa pressoché nulla.

Di minore influenza saranno poi gli interventi di installazione, o probabile solo attivazione, della rete telefonica e connessione Internet con relativo allestimento di adeguata postazione desk che comprenda telefono, PC, stampante e materiale minimo di cancelleria; tutto materiale già in possesso della struttura, solo da ricollocare.

La stima così definita è da intendersi nel tentativo di ottimizzare al meglio le risorse di spazi e strumenti già esistenti, usufruendo ad esempio anche della segreteria per l'utilizzo di fax o fotocopiatrice ed adeguando appunto una delle stanze accessibili della struttura.

Ultimo costo aggiuntivo importante da considerare riguarda l'aspetto di formazione ed aggiornamento del terapista che richiede la partecipazione a corsi, convegni, fiere, presentazioni di nuovi prodotti.

Per l'anno 2011 AREP ha stabilito che ciascun operatore ha la disponibilità di un rimborso extra di euro 400 annui da usufruire per la propria formazione. Sarà da rivalutare poi in futuro se queste disposizioni riusciranno a coprire le esigenze specifiche per l'aggiornamento.

Nell'ipotizzare la possibilità di rendere il servizio di consulenza ausili disponibile anche per un bacino di utenza esterno alla convenzione, si potrà considerare la strutturazione di una porzione degli interventi anche in forma privata fornendo così un'ulteriore fonte di finanziamento che va ad incrementare quello che dipende dall'azienda sanitaria locale, offrendo la possibilità di arrotondare le risorse che sono a disposizione. Nello specifico, ogni singola seduta considerata di trattamento riabilitativo privato costa euro 40, che si andranno a moltiplicare in base al numero di incontri richiesti dal ciascun caso.

11. Bibliografia

- AAATE (Association for the Advancement of Assistive Technology in Europe) (2003): *Tecnologie e disabilità: scenario 2003*. Position Paper.
- Andrich R. (2008): *Elementi per la misura dell'outcome degli ausili*. In *Terapia occupazionale: ausili e metodologie per l'autonomia*, pp 57-71. Milano: Raffaello Cortina
- Andrich R. (2008): *Concetti generali sugli ausili*. In *Terapia occupazionale*, pp 105-138. Milano: Raffaello Cortina
- Andrich R (2011): *La scelta appropriata dell'ausilio: metodologie e strumenti*. In <http://www.portale.siva.it/bancadati/biblioteca/SchedaBiblioteca.asp?IDBiblioteca=100> (18/11/2011)
- Decreto Legislativo 4 dicembre 1997, n.460, "Riordino della disciplina tributaria degli enti non commerciali e delle organizzazioni non lucrative di utilità sociale", 1998, Gazzetta Ufficiale in <http://www.normattiva.it/uri-res/N2Ls?urn:nir:stato:decreto.legislativo:1997:460> (18/11/2011)
- Delibera Regionale n.3922 del 30 dicembre 2002
- Demers L., Weiss-Lambrou R., Ska B. (2000): *Item analysis of the Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology (QUEST)*. Assistive Technology 12: 96-105
- DeWitte L, Knops H, Pyfers L, Johnson I, Andrich R, Parker R, Forsberg S (eds) (1995): *Heart study: european service delivery systems in rehabilitation technology*. Hoensbroek: European Commission
- Legge 23 dicembre 1978, n.833, "Istituzione del servizio sanitario nazionale", 1978, Gazzetta Ufficiale in <http://www.normativasanita.it/jsp/dettaglio.jsp?attoCompleto=si&id=21175> (18/11/2011)
- Lo Iacono G., Facchinelli D., Cretti F., Banal S., (2008) ICF: Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute, Erickson
- "Nomenclatore Tariffario delle Protesi", 2006, Editrice Ricerca Medica
- "Piano di Zona 2011-2015, capitoli generali e allegati", 2010 in <http://www.servizisociali.ulss.tv.it/content.asp?Subc=1275&L=1&idMen=175> (19/11/2011)
- Scherer M.J. (1996) *Living in the state of stuck: how assistive technology impacts the lives of people with disabilities*. Brookline Books, Cambridge (MA).

Sitografia

- www.portale.siva.it
- www.aito.it
- www.provincia.treviso.it
- www.ulss.tv.it

Allegato 1

VALUTAZIONE E CONSULENZA AUSILI

Data:

T.O.:

UTENTE:

Diagnosi:

Residente a:

Telefono:

AULSS:

Richiesta da parte di:

Medico prescrittore:

Tipologia ausili:

- postura
- deambulazione
- spostamenti
- statica
- adattamenti ambientali
- adattamento automobile
- comunicazione
- accesso al computer

Obiettivo Utente:

.....

Ausili già in possesso:

.....

.....

.....

.....

Specifica caratteristiche ambientali in base alla tipologia di richiesta:

.....

.....

.....

.....

Allegato 2

VALUTAZIONE COMPETENZE COLLEGATE ALL'USO DELLA CARROZZINA ELETTRONICA

UTENTE:

T.O.:

COMPETENZE ELEMENTARI	PUNTEGGIO
1) Accensione/spegnimento	
2) Mantiene presa-appoggio con joy-stick	
3) E' in grado di spingere il joy-stick per attivare la carrozzina per 5" e di fermarsi a comando	
4) Riesce a controllare la carrozzina nella marcia avanti per 10" e fermarsi a comando	
5) Guarda nella direzione del movimento	

CONTROLLO DIREZIONALE	PUNTEGGIO
6) E' in grado di guidare la carrozzina avanti per almeno 3 m	
7) E' in grado di girare verso DX, partendo da fermo	
8) E' in grado di girare verso SX, partendo da fermo	
9) E' in grado di guidare la carrozzina indietro per almeno 1 m	
10) Mentre sta procedendo con la carrozzina, è in grado di virare spontaneamente per evitare un ostacolo	

CONTROLLO VELOCITA'	PUNTEGGIO
11) E' in grado di guidare la carrozzina mantenendo una velocità molto bassa per 5 m.	
12) E' in grado di cambiare velocità a comando	
13) E' in grado di fermarsi ad una distanza \leq 50 cm da una porta senza urtarla.	

MOBILITA' FUNZIONALI	PUNTEGGIO
14) E' in grado di attraversare una porta senza urtare gli stipiti	
15) Procedendo lungo una parete per almeno 15 m è in grado di autocorreggere la direzione	
16) E' in grado di guidare la carrozzina per un percorso di 4 m con almeno 2 curve	
17) E' in grado di controllare la direzione mentre sale uno scivolo di 2 m	
18) E' in grado di scendere lungo uno scivolo	
19) E' in grado di scendere e fermarsi a comando mentre scende	
20) E' in grado di procedere lungo un marciapiede largo 1 m per 10 m senza uscire	

Totale:/100

Punteggio: 0 = non inizia, mancano i requisiti elementari
1 = massima assistenza manuale e verbale
2 = minima assistenza manuale (saltuaria) ma controllo verbale continuativo
3 = supervisione-vicinanza e controllo verbale
4 = solo guida verbale
5 = autonomo

Allegato 3

QUEST

(Quebec User Evaluation of Satisfaction with Assistive Technology)
Valutazione della soddisfazione dell'utente rispetto all'ausilio

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

© traduzione italiana Fondazione Don Gnocchi Onlus 2002

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

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

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

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

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

Calcolo dei punteggi:

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

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

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