



A.S.L.
azienda
sanitaria
locale
della
provincia di
VARESE

**Dipartimento delle Cure Primarie
e della Continuità Assistenziale**

SERVIZIO COORDINAMENTO ATTIVITA' DISTRETTUALI

Linee Guida per l'erogazione di montascale



13 marzo 2006

LINEE GUIDA PER L'EROGAZIONE DI MONTASCALE

INDICE

- Premessa pag. 3
- Prescrizione pag. 4
- Iter procedurale per l'erogazione di montascale pag. 5
- Allegati pag. 8

PREMESSA

Il presente protocollo individua le modalità operative riguardanti l'erogazione di montascale previsti dal D.M. 332/99, in conformità alle disposizioni vigenti in materia.

Obiettivo prioritario dell'ASL è garantire l'omogeneità delle procedure erogative nei confronti degli aventi diritto.

I montascale si dividono in due categorie: **fissi e mobili**.

I montascale fissi sono vere e proprie installazioni che consentono al disabile una completa autonomia; sono pedane che si muovono in modo obliquo parallelamente al percorso dei gradini.

I montascale mobili sono, invece, ausili che, trasportati sul posto all'occorrenza, facilitano il compito dell'accompagnatore che aiuta una persona disabile a salire o scendere le scale.

A carico del SSN sono erogabili esclusivamente i montascale di **tipo mobile**¹ ; il Nomenclatore Tariffario in vigore ne contempla di due tipi:

- **montascale a cingoli:**

E' il montascale mobile più sicuro, in quanto resta fermo in modo stabile sulle scale qualora l'accompagnatore abbandoni la presa; avendo, inoltre, più superficie di contatto con i gradini, offre maggiori garanzie durante l'uso e diminuisce "l'ansia da gestione" dell'accompagnatore. Permette di superare scale diritte con il paziente seduto su qualsiasi tipo di carrozzina; per la sua movimentazione necessitano spazi superiori ai montascale a ruote e una pendenza non eccessiva.

montascale a ruote:

E' costituito da un complesso di più ruote ed è dotato di una poltroncina su cui viene fatta accomodare la persona disabile. Viene prescritto solo quando lo spazio non è sufficiente per l'uso di quello a cingoli, in quanto meno sicuro, più difficile da manovrare, più ingombrante e pesante. L' ASL di Varese ha previsto la possibilità di fornire anche una tipologia tecnologicamente evoluta di montascale a ruote in grado di superare scale a chiocciola o con gradini a piè d'oca.

Il montascale non va confuso con il servo-scala, che è fisso e corre lungo una cremagliera ancorata su un lato della scala, il cui acquisto, analogamente alle piattaforme elevatrici, può essere rimborsato agli utenti con un contributo a fondo perduto che va richiesto al Comune di residenza in base alla legge N.13 del 9/01/1989 .

¹ Le schede tecniche dei montascale in dotazione sono contenute nel "Catalogo Ausili da gara", messo a disposizione di tutti i Fisiatri prescrittori e di tutti i Centri Ausili Distrettuali.

PRESCRIZIONE

Ai sensi del DM 332/99 hanno diritto alla fornitura di montascale gli assistiti residenti con **invalidità** civile accertata o gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni previste dall'art.1, L18/80, **totalmente non deambulanti** e dimoranti abitualmente in edifici sprovvisti di ascensore idoneo, serviti da scale non superabili mediante l'installazione di una rampa di cui al D.M. Lavori Pubblici 14 giugno 1989, n.236², oppure per il superamento di barriere architettoniche interne all'abitazione.

Il DM 332/99 prevede, inoltre, un'indagine sociale **preventiva** comprovante l'**assoluta indispensabilità**³ di tale dispositivo.

Tale relazione è integrata da una **verifica tecnica**⁴ da parte di personale competente che valuti la compatibilità del montascale con le caratteristiche dell'abitazione.

Sarà il Distretto Socio Sanitario di competenza a stabilire di chi avvalersi e se utilizzare personale proprio o richiedere l'intervento di tecnici in forza presso il Comune di residenza dell'assistito.

In merito al significato da attribuire ai due prerequisiti sopracitati che, in base al DM 332/99, danno diritto alla fornitura di montascale, si ritiene di fornire le seguenti definizioni:

² Per le specifiche tecniche delle rampe vedi punti 8.1.10 e 8.1.11 del DM n. 236/89

³ La relazione sociale (intesa nell'accezione più ampia di relazione socio - sanitaria) dovrà fare riferimento ai dati oggettivi raccolti nel corso della visita domiciliare, giungendo ad una sintesi dei problemi rilevati. In particolare essa deve esprimersi in termini di indispensabilità/non indispensabilità dell'ausilio a rispondere ai bisogni del paziente.

Gli elementi che potranno emergere sono ad esempio:

a) Il montascale è indispensabile per:

- assolvere alle attività di vita quotidiana
- diminuire la gravosità dell'assistenza familiare
- socializzare e gestire le relazioni
- facilitare l'inserimento sociale (scuola, comunità, altro)

b) La possibilità di utilizzo del montascale è condizionata da:

- presenza di controindicazioni fisiche
- scarsa motivazione del paziente
- non disponibilità di un accompagnatore/care-giver in grado di gestire l'ausilio in modo corretto e sicuro (per età, condizioni fisiche e forza, motivazione all'uso, attitudine all'impiego di tecnologie, ecc.)

⁴ La relazione tecnica deve attestare l'impossibilità alla realizzazione di una rampa a norma, descrivere il tipo di scala su cui deve essere utilizzato il montascale (dimensioni, pendenza, stato di usura, ecc.) e verificare che l'estensione del pianerottolo sia tale da permettere le manovre del presidio

1. La **totale non deambulabilità** va intesa come **impossibilità ad una deambulazione funzionale**, cioè di un cammino che non sia solo mero esercizio ma anche vero e proprio mezzo di spostamento.
2. L'**assoluta indispensabilità** va messa in relazione alla reale potenzialità dell'ausilio di modificare positivamente le condizioni di autonomia e autosufficienza ed influire significativamente sugli aspetti psico-relazionali della persona con disabilità motoria.

E' compito dello specialista prescrittore, competente per tipologia di menomazione o disabilità, stabilire la sussistenza di entrambe le condizioni; pertanto, la prescrizione, conforme a quanto disposto dall'articolo 4 del D.M. 332/99, dovrà:

- **scaturire da una attenta valutazione clinica del paziente** che verifichi nella sua globalità la possibilità di utilizzo del dispositivo,
- **essere parte integrante di un programma di prevenzione, cura e riabilitazione;** la prescrizione dovrà, quindi, essere correlata da un programma terapeutico dettagliato, da cui emerga il **significato terapeutico e riabilitativo dell'ausilio**, che tenga conto anche del grado di motivazione del paziente, delle restanti patologie di cui risulta affetto (invalidità multiple che interessino la sfera della vita relazionale in senso lato, importanti disturbi cognitivi,...) e della vita sociale svolta (tipo di lavoro, interessi sociali, presenza di familiari in grado di supportare l'assistito nell'utilizzo del montascale...) e che preveda le modalità di verifica, in relazione all'andamento del programma stesso. (MOD *piano terapeutico*)

Nella stesura della prescrizione e del piano terapeutico, sono fondamentali e imprescindibili l'indagine sociosanitaria e la verifica tecnica effettuate in fase preliminare, in quanto forniscono al prescrittore indispensabili elementi di valutazione in merito alla congruità dell'ausilio, dal momento che il contesto sociale e abitativo nel quale il paziente vive possono influire in modo determinante sulla scelta prescrittiva.

La prescrizione, inoltre, deve essere integrata da una esauriente informazione al paziente (o a chi ne ha la tutela o lo assiste) sulle caratteristiche funzionali del presidio da erogare, sui vantaggi e sui limiti dello stesso (MOD *consenso informato*).

ITER PROCEDURALE PER L'EROGAZIONE DI MONTASCALE

Al fine di garantire l'appropriatezza del processo di erogazione di montascale, si stabilisce il seguente iter procedurale:

1. L'assistito presenta la richiesta di valutazione protesica per la fornitura di montascale presso il Centro Ausili distrettuale
2. Gli operatori del Centro Ausili attivano la procedura di indagine socio – sanitaria e ambientale preventiva e sottopongono le risultanze dell'indagine allo specialista prescrittore
3. Il prescrittore effettua la visita per la valutazione clinica del paziente e, qualora sussistano tutte le condizioni per l'erogazione dell'ausilio, redige la prescrizione completa di piano terapeutico, in cui viene dettagliato il progetto riabilitativo

individuale. In questa sede è opportuno verificare se l'assistito dispone già di idonea carrozzina per l'utilizzo congiunto al montascale.

4. Il medico autorizzatore, verificate le condizioni di avente diritto e la documentazione clinica, autorizza la fornitura dell'ausilio; prescrizioni specialistiche incomplete e/o non precedute dalle indagini socio ambientali previste dalla normativa, non saranno considerate procedibili.

Nel momento in cui la pratica viene autorizzata, l'iter per la fornitura è il seguente:

- **Montascale disponibile a magazzino:** viene prenotato come da programma informatico in uso. In tal caso il tecnico abilitato della Ditta che ha in appalto la gestione del magazzino esegue un sopralluogo, redigendo apposito verbale, per verificare che l'ausilio prenotato sia effettivamente compatibile con le caratteristiche strutturali dell'abitazione.

In caso affermativo procede all'effettuazione delle prove tecniche e provvede ad addestrare l'accompagnatore e l'utilizzatore. Successivamente, quando l'istruttore ritiene che l'accompagnatore sia in grado di manovrare l'ausilio in totale sicurezza, redige il "*Verbale di Consegna e di Addestramento all'uso*", facendolo sottoscrivere all'accompagnatore stesso. All'assistito vengono rilasciati "*Manuale di Uso e Manutenzione*" e fornite adeguate istruzioni relative alla manutenzione e all'uso delle sicurezze.

La ditta, infine, trasmette all'ASL copia del "*Verbale di Consegna e di Addestramento all'uso*".

- **Montascale non disponibile a magazzino:** copia della pratica autorizzata viene inviata al Servizio Coordinamento Attività Distrettuali che trasmetterà la richiesta di sopralluogo alla ditta che si è aggiudicata l'appalto per la fornitura di montascale nuovi. Solo dopo l'acquisizione del verbale di sopralluogo con esito positivo, la pratica verrà trasmessa al Servizio Gestione Approvvigionamenti per l'emissione dell'ordine di fornitura dell'ausilio prescelto. La ditta, quindi, procede alla consegna dell'ausilio, all'effettuazione delle prove tecniche e all'addestramento dell'accompagnatore e dell'utilizzatore. Successivamente, quando l'istruttore ritiene che l'accompagnatore sia in grado di manovrare l'ausilio in totale sicurezza, redige il "*Verbale di Consegna e di Addestramento all'uso*", facendolo sottoscrivere all'accompagnatore. All'assistito vengono rilasciati "*Manuale di Uso e Manutenzione*", copia del "*Certificato di Garanzia*" indicante la data di inizio della stessa e il numero di matricola dell'ausilio; inoltre, vengono fornite adeguate istruzioni relative alla manutenzione e all'uso delle sicurezze.

La ditta, infine, trasmette all'ASL, unitamente alla fattura, copia del "*Verbale di Consegna e di Addestramento all'uso*" e del "*Certificato di Garanzia*".

Il "*Verbale di Consegna e di Addestramento all'uso*" è **documento indispensabile** per il rilascio del collaudo da parte dello specialista prescrittore.

A conclusione dell'iter, agli atti dell' Ufficio Protesi distrettuale dovrà essere presente la seguente documentazione:

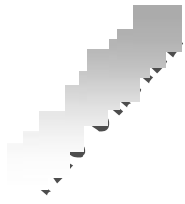
- prescrizione dello specialista prescrittore su Mod. 03 corredata da dettagliato Piano Terapeutico - Riabilitativo
- copia del consenso informato acquisito all'atto della prescrizione.
- relazione socio sanitaria preventiva (*MOD montascale 1/bis oppure Scheda di accoglienza*)
- relazione tecnica preventiva (*MOD montascale 2/bis*)

- copia del verbale di sopralluogo redatto dalla Ditta fornitrice (sia per i montascale da magazzino che per quelli nuovi)
- copia del "*Verbale di Consegna e di Addestramento all'uso*" firmato dall'istruttore abilitato per prove e utilizzo e sottoscritto dalla persona individuata come accompagnatore (sia per i montascale da magazzino che per quelli nuovi)
- copia del "*Certificato di Garanzia*" del montascale fornito (per quelli nuovi)

Riconducibilità: la riconducibilità su questa tipologia di ausili non potrà essere ammessa.

Monitoraggio dell'effettivo utilizzo dell'ausilio

Al fine di verificare l'efficacia della soluzione adottata, è necessario che ciascun Centro Ausili Distrettuale, a distanza di non più di 6 mesi dall'erogazione del montascale, verifichi con visita al domicilio e con la somministrazione di questionario ad hoc, l'effettivo utilizzo dell'ausilio (*MOD montascale 4*). La rilevazione di uno scarso o mancato uso del montascale, per sopraggiunte variazioni delle condizioni che ne hanno determinato la prescrizione, andrà sottoposta allo specialista prescrittore per la rivalutazione del caso.



ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI

.....

Alla c.a.
Operatore Sanitario
Centro Ausili Distrettuale

Oppure

Alla c.a.
Assistente Sociale

Oggetto: richiesta indagine socio-sanitaria.

Allo scopo di poter valutare la richiesta di fornitura di un montascale mobile, previsto dal nomenclatore tariffario delle protesi di cui al D.M. 27 agosto 1999 n. 332, inoltrato dall'assistito:

➤ Cognome e nome - nato il _____ - residente a _____, Via _____
(tel. _____).

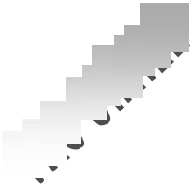
si chiede cortesemente indagine socio-sanitaria, tramite la compilazione di scheda predisposta, comprovante l'assoluta indispensabilità del dispositivo richiesto, in relazione a vantaggi di socialità e di autonomia personale.

Ringraziando per la collaborazione, porgo cordiali saluti.

Il Medico Autorizzatore

Dr. _____

*(MOD montascale 1)
da utilizzare, qualora si ritenesse funzionale alle modalità organizzative del distretto*



ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE
DISTRETTO SOCIOSANITARIO DI

SCHEDA DI RILEVAZIONE SOCIO-SANITARIA PER LE RICHIESTE DI MONTASCALE MOBILE

NOME.....COGNOME.....
 Residente in
 Nato a.....il.....
 DIAGNOSI.....
 Invalidità accertata € Istante in attesa di accertamento ai sensi dell'art.1, L 18/80 €

DEAMBULAZIONE	impossibile €	con stampella, tripode, quadripode €	con deambulatore €	con sostegno €	autonoma €
POSIZIONE SEDUTA	corretta €	asimmetrica €	con appoggio €	compromessa €	
STATO MENTALE	Lucido €	Apatico €	Confuso €	Soporoso €	Assente €
MENOMAZIONI SENSORIALI	CECITA' €	SORDITA' €			
UTILIZZA CARROZZINA	per tutte le attività €	frequentemente €	lunghi percorsi €	mai €	
CONDIZIONI GENERALI	buone €	discrete €	scadenti €	pessime €	

CARROZZINA: Marca.....ModelloIngombro esternoSpazio tra ruote

Personalmente motivato ad uscire.....
 Attività scolastica\lavorativa esterna.....
 Attività sociale\ricreativa esterna.....
 Cure\visite ambulatoriali con frequenza.....
 Altri motivi della richiesta.....
 Frequenza d'uso presumibile.....

Abitazione situata al piano..... di edificio sprovvisto di idoneo ascensore €
 Barriere architettoniche interne all'abitazione €

Altre soluzioni adottabili.....

Disponibilità di un accompagnatore/care-giver in grado di gestire l'ausilio in modo corretto e sicuro (per età, condizioni fisiche e forza, motivazione all'uso, attitudine all'impiego di tecnologie, ecc.) SI € NO €

Si ritiene la soluzione: IDONEA SI € NO €
 EFFICACE SI € NO €
 INDISPENSABILE SI € NO €

Note.....

DATA

Firma e qualifica del compilato

(MOD montascale 1/bis)



ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

DISTRETTO SOCIO SANITARIO DI.....

Ai Tecnici della Prevenzione
Distretto di

oppure

Al Responsabile Ufficio Tecnico
Comune di _____

Oggetto: richiesta sopralluogo

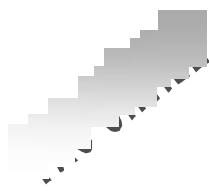
Allo scopo di poter valutare la richiesta di fornitura di un montascale mobile, previsto dal nomenclatore tariffario delle protesi di cui al D.M.27 agosto 1999 n.332, in favore dell'assistito _____, residente in _____ Via _____, si prega di voler cortesemente predisporre un accurato sopralluogo presso l'abitazione del richiedente e ritornare successivamente l'allegato foglio debitamente compilato con le verifiche e le informazioni richieste.

Ringraziando per la collaborazione, porgo distinti saluti.

Il Medico Autorizzatore
Dr. _____

(MOD montascale 2)

In caso di richiesta rivolta ai tecnici distrettuali, utilizzare solo qualora si ritenesse funzionale alle modalità organizzative del distretto



Relazione di sopralluogo tecnico per l'erogazione di montascale

in favore del Sig. / Sig.ra _____

residente in _____ via _____ città _____

Sopralluogo effettuato presso l'abitazione del/della richiedente in data _____

- ◆ L'edificio dove risiede il paziente è provvisto di ascensore idoneo? SI NO
- ◆ La richiesta di montascale mobile è per dislivelli tra l'ascensore e il piano strada? SI NO
- ◆ La richiesta di montascale mobile è per dislivelli all'interno dell'abitazione? SI NO
- ◆ A quale piano è ubicata la dimora? _____
- ◆ Tipologia della scala: diritta a chiocciola con gradini a piè d'oca
- ◆ Quante rampe di scale vi sono per accedervi? _____
- ◆ Di quanti gradini è formata ogni rampa? _____
- ◆ Alzata dei gradini cm _____ Pedata dei gradini cm _____
- ◆ Descrizione delle condizioni di usura dei gradini _____

◆ Qual è la larghezza della scala ? _____

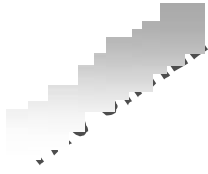
◆ Quali sono le dimensioni del/dei pianerottolo/i? _____

◆ Esistono le condizioni per l'installazione di una **rampa** di cui al Decreto del Ministero dei lavori pubblici 14/06/89 n.236 (art. 8 specifiche funzionali e dimensionali, 8.1.11) e successive modificazioni ? _____

◆ Il locale per la custodia del montascale mobile è idoneo? SI NO

◆ note _____

IL TECNICO INCARICATO



ASL DELLA PROVINCIA DI VARESE

Centro Ausili Distretto di _____

QUESTIONARIO UTILIZZO MONTASCALE		
DATI ASSISTITO		
Data di concessione:		
Tipo di montascale:		
Dati anagrafici:		
Cognome:	Nome:	
nato a	il	residente a
in via		
tel. n.		
codice fiscale		tessera sanitaria
Diagnosi:		
Note		

Ausilio:

- ? Utilizzato
- ? Non utilizzato

Se utilizzato con quale frequenza:

- ? Quotidiana
- ? Settimanale
- ? Mensile
- ? Altro (specificare la frequenza) _____

Motivazione all'utilizzo:

- ? Sanitarie
- ? Scolastiche
- ? Lavorative
- ? Altro (specificare quale) _____

Informazioni integrative se utilizzato

L'accompagnatore è sempre la stessa persona come da "dichiarazione" SI ? NO ?.

L'accompagnatore ritiene di aver ricevuto un addestramento: sufficiente ? insufficiente ?.

Ritiene che il paziente abbia ricevuto beneficio dall'utilizzo?

Quale :

Si sono creati problemi di tipo tecnico: SI ? NO ?.

Se si, quali?

Si sono creati problemi di tipo condominiale: SI ? NO ?.

Se si, quali?

Vi ritenete soddisfatti della soluzione adottata dando un punteggio da 1 a 10 :

1	2	3	4	5	6	7	8	9	10
---	---	---	---	---	---	---	---	---	----

Motivazioni al non uso:

? Decesso data decesso _____

? Cambio abitazione: _____

? Abbattimento barriere architettoniche _____

? Mancanza accompagnatore: _____

? Soluzione che si è rivelata faticosa _____

? Altro (da specificare): _____

Data _____

COMPILATORE

(firma leggibile)

(MOD montascale 4)

CONSENSO INFORMATO ALL'UTILIZZO DI MONTASCALE

Il sottoscritto _____ il giorno _____ è stato informato dal medico prescrittore Dr. /Dr.ssa _____ della possibilità che il montascale possa modificare positivamente le proprie condizioni di autonomia e autosufficienza.

Oltre ai vantaggi ottenibili, sono stati ben descritti i possibili limiti che l'utilizzo di tale ausilio comporta, legati alle oggettive difficoltà di movimentazione dello stesso che richiedono la presenza di un accompagnatore in grado di gestire l'ausilio in modo corretto e sicuro.

Mi è stato detto che la Ditta fornitrice del montascale verrà al mio domicilio per l'effettuazione delle prove tecniche e per l'addestramento dell'accompagnatore e dell'utilizzatore; in quell'occasione verranno fornite, inoltre, adeguate istruzioni relative alla manutenzione dell'ausilio e all'uso delle sicurezze e verrà rilasciato un "*Manuale di Uso e Manutenzione*".

Sono stato anche edotto circa l'obbligo che l'accompagnatore sia **esclusivamente** colui che effettuerà il periodo di addestramento stabilito dal tecnico istruttore abilitato e che il montascale verrà consegnato solamente se l'accompagnatore sarà in grado di manovrare l'ausilio in totale sicurezza.

Sono stato, inoltre, informato che il personale sanitario dell'ASL potrà in ogni momento verificare l'effettivo utilizzo del montascale e che la rilevazione di un suo scarso o mancato uso per sopraggiunte variazioni delle condizioni che ne hanno determinato la prescrizione, verrà sottoposta allo specialista prescrittore per una rivalutazione del caso.

Sono consapevole che la sostituzione dell'ausilio non si applica a guasti o rotture direttamente imputabili ad uso improprio o a gravi negligenze dell'utilizzatore e che in caso di furto, previa denuncia ai Carabinieri, il montascale potrà essere erogato di nuovo una sola volta.

Data _____

Paziente⁵ _____

Medico Prescrittore _____

⁵ se il paziente è impossibilitato a firmare, il consenso informato potrà essere sottoscritto dal parente più prossimo o dal tutore legale e, con unque, in conformità alle vigenti disposizioni di legge.

PROGRAMMA TERAPEUTICO PER L'EROGAZIONE DI FORNITURE PROTESICHE

COMPILATO IN DATA ____/____/____

<u>ASSISTITO:</u>	
COGNOME _____ NOME _____	
NATO IL _ _ _ _ _ _ _	
1) <u>VALUTAZIONE CLINICA E STRUMENTALE:</u>	
a) Sintesi dell'analisi funzionale	b) Esiti esami strumentali
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
_____	_____
2) <u>DIAGNOSI CIRCOSTANZIATA:</u>	

3) <u>SIGNIFICATO TERAPEUTICO E RIABILITATIVO:</u>	

4) RINNOVO:

Verificato che l'ausilio in uso non è riparabile, si precisa il motivo del rinnovo

5) TEMPI DI IMPIEGO

- Ore nella giornata _____

- Giorni nella settimana _____

- Altro _____

6) MODALITA' DI CONTROLLO

- Data 1° controllo ____/____/____

-Data controllo successivo ____/____/____

- Altro _____

TIMBRO DELLA STRUTTURA DI
APPARTENENZA DEL MEDICO
PRESCRITTORE
(obbligatorio)

IL MEDICO PRESCRITTORE

(firma)

(codice prescrittore)

(Mod. piano terapeutico)