

Prot. n. **NP/2015/8940**  
del **10.03.2015**

AZIENDA U.S.L. N. 8 - CAGLIARI  
SERVIZIO TECNICO  
  
16 MAR. 2015  
  
PER PRESA IN CARICO

*PONTI*  
*mu*  
*13/3/2015*

**Al Responsabile**  
**Patrimonio e servizi tecnici**

**Oggetto: Attivazione noleggio 1 sistema di comunicazione alternativo in favore del sig. C.M.S.**

Vista la valutazione funzionale effettuata in favore del sig. C.M.S. da parte del personale del PUA di questo Distretto,

Vista la "Sintesi di Valutazione Fisiatrica", allegata alla presente,

con la presente nota si richiede l'attivazione del noleggio di 1 sistema di comunicazione alternativo come da scheda progetto fisiatrica allegata onde consentire la comunicazione interpersonale in ambito familiare e a distanza del paziente indicato in oggetto.

All'uopo si precisa che lo strumento verrà fornito dalla ditta Medigas Italia s.r.l. con la quale è stato eseguito l'asestement a domicilio ed ha presentato l'offerta economica più conveniente per l'Azienda (vedi allegato 2).

Distinti Saluti

Muravera, lì 10.03.2015

SERVIZIO SANITARIO REGIONE SARDEGNA  
AZIENDA A.S.L. N° 8  
DISTRETTO SANITARIO SARRABUS/GERREI  
**Il Direttore del Distretto**  
(Dr. Sergio Marracini)

**ALLEGATO ALLA DELIBERAZIONE**

N. 639 DEL 29 MAG. 2015

Funz. estensore  
Tit. Pos. Org.  
Dr.ssa Anna M. Aresu

**IL DIRETTORE AMMINISTRATIVO**  
Dott.ssa Antonella Carreras

**IL DIRETTORE SANITARIO**  
Dott. Pter Paolo Panti

**IL COMMISSARIO STRAORDINARIO**  
Dott.ssa Savina Ortu

Il presente allegato è com-  
posto di n° 10 fogli.  
Il Responsabile del Servizio Tecnico  
(Ing. Massimo Masia)

639

SINTESI VALUTAZIONE FISIATRICA

29 MAG. 2015

Azienda A.S.L. n° 8 Cagliari

Istituto Sarrabus Gerrei

via S. Giovanni

09100 Cagliari (CA)

Tel. 070 660000

Fax 070 660001

www.asl8cagliari.it

email: info@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

asl8cagliari@asl8cagliari.it

UTENTE

~~Cognome Nome S...~~

Nato a ~~...~~ il ~~...~~

residenza: ~~...~~

T. ~~...~~

C.F.: ~~...~~

I.C. = 100%

Indennità di accompagnamento = SI

Stato di Handicap = SI

DIAGNOSI: Mlt del motoneurone

Menomazione/i principale/i (WHO - ICF)	Tempo d'insorgenza della/e Menomazione/i	
1. M.funzioni neuro-muscolo-scheletriche X	recente entro 30giorni	
2. M.funzioni mentali (linguaggio)	da breve tempo (tra 30 e 90 giorni)	
3. M.funzioni voce ed eloquio X	da medio tempo (tra 6 e 12 mesi)	
4. M.funzioni app. dig - metabolismo - sistema endocrino	da lungo tempo (tra 1 anno e 2 anni)	
5. M.funzioni cardiocircolatorie	oltre 2 anni	
6. M. delle funzioni respiratorie X		
7. Altro		

Disabilita' (criteri WHO 80)  <input type="checkbox"/> 6 Grado: = Disabilità totale (impossibilità di condurre e tenere un'attività o un comportamento)	Scala adottata Barthel Punteggio scala <input type="checkbox"/> 0/100	
Outcome Funzionale di partenza:  <input type="checkbox"/> I Livello: stabilità medico-internistica.  % di indipendenza: <input type="checkbox"/> 0%	Outcome Funzionale ipotizzabile  <input type="checkbox"/> I Livello:  Da livello <u>I</u> (0%) a livello <u>IV</u> (75%) nella comunicazione.  Mantenimento del livello	

Prognosi riabilitativa (WHO - 80):

Livello: \_\_\_\_\_ →

6

*Disabilità con deterioramento progressivo*

**Stima dell' autosufficienza**

1	Cura della persona	Liv = 1
2	Controllo sfinterico	Liv = 1
3	Mobilità (trasferimenti)	Liv = 1
4	Locomozione	Liv = 1
5	Comunicazione	Liv = 1
6	Capacità relazionali/cognitive	Liv = 5

Azienda A.S.L. n° 8 Cagliari

Roberto Sarrebus Gerrei

Specialista in Neurologia

Specialista in Neurofisiologia

Roberto Sarrebus Gerrei

1997

*R. Sarrebus Gerrei*

## Valutazione funzionale

Paziente lucida, orientata e collaborante con apparente integrità delle funzioni mentali globali.

Presenta:

1. Deficit delle funzioni NMS e correlate al movimento di grado severo: quadro di tetraparesi, amiotrofia con totale dipendenza da terzi nell'area della mobilità e dei trasferimenti (possibili mediante sollevatore elettrico e carrozzina) e nelle A.V.Q (alimentazione, cura della persona, igiene personale); per l'insufficiente controllo del tronco e capo la Sig.ra C. è costretta a trascorrere la totalità della giornata a letto o in alternativa in carrozzina nonostante questa non sia assettata e accessoriata in maniera sufficiente a garantirle una postura adeguata (fonte di notevole disagio e continue richieste di movimentazioni). La motilità oculare è conservata su tutti i piani del movimento con ridotta resistenza alla fatica. Viene accudita da tre assistenti per otto ore ciascuna con una sufficiente copertura nelle 24 ore. Effettua trattamento riabilitativo a frequenza quotidiana (priva però della componente logopedica).
2. Deficit nella deglutizione di grado severo: disfagia per i solidi e alimentazione liquida-semiliquida.
3. Deficit moderato delle funzioni respiratorie.
4. Controllo sfinterico assente.
5. Presenza di lesioni da decubito in regione sacrale.
6. Grave menomazione delle funzioni del linguaggio: anartria (impossibilità nella produzione delle parole e grave compromissione della loro intelligibilità); per questo la Paziente (per il grave deficit nella fine motricità delle dita) utilizza in modo sempre più difficoltoso e meno efficace un telefono cellulare e comunica con i familiari e le assistenti mediante messaggi di testo (SMS) o in alternativa con tabelle cartacee "artigianali"; le suddette persone, che appaiono dei buoni facilitatori, su precisa indicazione dello Specialista Neurologo del Policlinico Universitario che segue regolarmente la Sig.ra C., esprimono la necessità di comunicare con l'ambiente circostante più efficacemente con ausili idonei a supportare le capacità relazionali e cognitive che appaiono congrue (sebbene la paziente abbia la licenza elementare ma è inserita in un contesto familiare colto e adeguato all'utilizzo del comunicatore vocale).

Pertanto si è provveduto all'assessment con tre strumenti proposti da tre ditte in tre date diverse:

29 01 2015 Medigas

05 02 2015 Vivisol

12 02 2015 Sitor

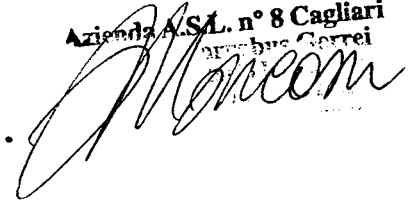
effettuando le prove tecniche al domicilio con le suddette ditte individuate dall'ufficio tecnico **indispensabili per una scelta oculata prima della sua fornitura.**

La Sig. ra ~~C. C.~~ ha effettuato una buona e rapida calibrazione con il primo ed il terzo strumento utilizzandoli a fini comunicativi entrambi in maniera efficace mentre per il secondo, a causa delle continue e ripetute richieste di variazioni di postura, il risultato non è stato altrettanto soddisfacente.

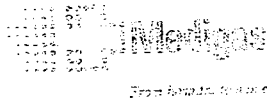
Dal momento che la paziente esprime una netta preferenza per il primo, sebbene non ci siano delle grosse differenze in termini comunicativi con il prodotto della SITOR, si consiglia il comunicatore dotato di puntamento oculare della Medigas modello Sagittarius M.U. 15 ritenendo indispensabile l'attivazione di un service per la sua erogazione al fine di garantire non solo la comunicazione diretta ma anche quella a distanza, l'accesso a fonti di informazione, di svago e migliorare in maniera sostanziale la qualità della vita della paziente.

Si allega la relazione dei consulenti per le specifiche tecniche degli ausili ritenuti idonei e i relativi preventivi.

Muravera 19 02 2015

Azienda A.S.L. n° 8 Cagliari  
Sarrabus Gerrei  


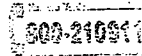
ALLEGATO 2)



From Azienda Ospedaliera

ARRIVO  
PG/2015/25111  
DEL 03.03.2015

MEDIGAS Italia S.r.l.  
20090 Assago (MI) - Via Edison, 6  
Tel. +39 02 4868111 - Fax +39 02 48681150  
www.medigas.it  
Capitale Sociale € 4.000.000 Int. vers.  
Reg. Imprese Milano N. 02466440167  
REA Milano 1592113  
C. F. 02466440167 - P. IVA 11861340155



Offerta n. GR1500818/ pm

Iscrizione Registro AEE  
n.: IT08020000002498

Spettabile  
AZIENDA U.S.L. N. 8 CAGLIARI  
VIA PIERO DELLA FRANCESCA 1  
09047 SELARGIUS (CA)

C.Att.: D.ssa Anna M. Aresu

Assago, 02/03/2015

La sottoscritta MEDIGAS Italia S.r.l. con sede legale in Via Edison, 6 – 20090 Assago (MI), si pregia sottoporre alla Vostra cortese attenzione la propria migliore offerta, stilata a seguito della Vostra richiesta Prot. n. PG/2015/7162 del 21.01.2015, avente per oggetto

**NOLEGGIO COMUNICATORE A PUNTAMENTO OCULARE**

Codice	Descrizione	Q.tà
170300000	COMUNICATORE A PUNTAMENTO OCULARE M.U.15 SAGITTARIUS CND: Z12120111 - RDM: 1016394/R	1
170300001	STATIVO PER COMUNICATORE	1

CANONE UNITARIO GIORNALIERO DI NOLEGGIO

€ 18,00 + IVA  
Euro diciotto/00

N.B.: Il canone di noleggio comprende:

- Installazione
- Collaudo al domicilio del paziente e istruzione all'uso
- Manutenzione ordinaria come previsto dal costruttore
- Interventi tecnici illimitati su chiamate
- Apparecchiatura sostitutiva nel caso in cui l'assistenza tecnica richieda la riparazione presso la nostra sede.

€ 540,00 + IVA  
oltre IVA



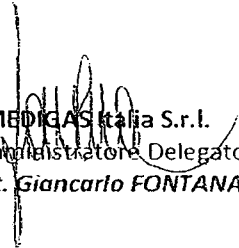
Handwritten initials or signature on the left margin.

Handwritten mark at the bottom right corner.

**CONDIZIONI DI FORNITURA:**

IMBALLO E TRASPORTO:	a nostro carico
COLLAUDO:	a nostro carico
GARANZIA:	inclusa nel noleggio
IVA:	a Vostro totale carico a norma di legge
VALIDITÀ:	90 (novanta) giorni
CONSEGNA:	10 (dieci) giorni dal ricevimento dell'ordine
PAGAMENTO:	60 GG FM
ASSISTENZA TECNICA:	viene garantita direttamente dalla nostra Unità Operativa di Macomer - località Tossillo, Tel. n. 0785/70561, Fax n. 0785/71574 coordinata, in caso di necessità, dalla Sede centrale di Assistenza Tecnica MEDIGAS Italia S.r.l. di Assago, Via Edison 6 - Tel. 02/4888111

*In caso di ordine si prega di indicare il numero della presente offerta.*

  
MEDIGAS Italia S.r.l.  
L'Amministratore Delegato  
**Dott. Giancarlo FONTANA**



MEDIGAS Italia S.r.l.  
I-20090 Arcore (MI) - Via Edison 4  
Tel. +39 02 4885111 - Fax +39 02 4885118  
www.medigas.it  
Capitale Sociale € 4.000.000 int. vers.  
Reg. Imprese Milano N. 02466440167  
REA Milano 1502123  
C. F. 02466440167 - P. IVA 11861240155

800-210911

Rif. ON/0001  
OLBIA 29/01/2015

SPETT.LE ASL 8 CAGLIARI  
Distretto Sarrabus – Gerrei  
Via Sardegna, snc - **MURAVERA (CA)**

→ Servizio Socio – Sanitario  
Dott.ssa De Stefano  
→ Funzionario Estensore  
Dott.ssa Aresu  
→ Fisiatra  
Dott. Mancosu

**Oggetto: RELAZIONE PROVA COMUNICATORE CON PUNTAMENTO OCULARE  
MOD. SAGITARIUS M.U. 15**

In data 23/01/2015 presso il domicilio della Sig.ra C.M.S. a Ballao (CA), su richiesta della ASL 8 si è svolta la prova del sistema di comunicazione Sagittarius M.U. 15. Durante la prova, oltre all'utente, erano presenti, i care giver, e il consulente tecnico abilitato della Medigas Sig.ra Nieddu Olga.

L'utente ha ricevuto una diagnosi di SLA. Le sue condizioni sono di immobilità totale, e rendono assolutamente difficile la comunicazione. Trascorre le giornate prevalentemente a letto, l'unico svago è guardare la TV.

Questa prova, era volta ad individuare e garantire all'utente una maggiore autonomia comunicativa. Non si è ritenuto opportuno somministrare un test d'ingresso, in quanto l'utente usava in precedenza una piccola tabella alfabetica per la comunicazione.

Vista la motivazione e la determinazione, si è proceduto a posizionare il comunicatore davanti all'utente. La Sig.ra ha effettuato la prova stando al letto con lo schienale reclinato, in posizione idonea più o meno tale da non creare affaticamento.

L'utente ha eseguito immediatamente con ottimo risultato la fase di calibrazione degli occhi ed ha rapidamente preso dimestichezza con il Comunicatore, riuscendo ad utilizzare la tastiera – alfabeto e le griglie con le frasi di uso frequente con discreta facilità.

Quindi, seguendo le indicazioni impartite ha aperto sessioni di lavoro (sempre emulando il movimento del mouse sul PC), trovando le stesse molto semplici e intuitive. L'utente ha più volte a ripetuto funzioni e applicazioni da me indicategli ottenendo sempre un alto gradimento, ed eseguendo alla perfezione anche dopo momenti di pause e riposo tutto ciò che le veniva chiesto. Si provveduto a lasciare il Comunicatore Sagittarius in prova fino a giovedì 29/01/2015.

In data 29/01/2015 al fine di verificare l'idoneità all'uso del Comunicatore da parte dell'utente, sempre al domicilio della Sig.ra C.M.S. a Ballao ci siamo dati appuntamento con i referenti della ASL 8, per cui oltre la sottoscritta, erano presenti il Fisiatra Dott. Mancosu e l'Assistente Sociale Dott.ssa Di Stefano, gli stessi hanno valutato la semplicità d'utilizzo del Comunicatore. Devo ringraziare anche i Care Giver che in pochi giorni si sono prodigate a far utilizzare costantemente il Comunicatore all'utente.

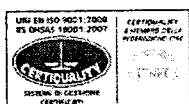
Concludo dicendo che vi sono tutte le condizioni perché la Sig.ra C.M.S. utilizzi il Comunicatore Sagittarius M.U. 15.

Questo test è stato superato (vedi Scheda di Valutazione).

Ritengo quindi, che la prova si sia conclusa positivamente.

Cordiali Saluti

Per MEDIGAS s.r.l.  
Handy Smile di **Olga Nieddu**  
Consulenze e Valutazioni Ausili



8



**- SCHEDA VALUTAZIONE -**  
**PER SISTEMI DI COMUNICAZIONE**  
**AD ALTA TECNOLOGIA**  
**DEI PAZIENTI AFFETTI DA GRAVI PATOLOGIE**

**Dati Utente:**

Cognome \_\_\_\_\_ Nome \_\_\_\_\_ Anni \_\_\_\_\_ ASL \_\_\_\_\_  
Via \_\_\_\_\_ Città \_\_\_\_\_ recapito tel. \_\_\_\_\_  
Rif. Medico ASL \_\_\_\_\_ Rif. Care Giver \_\_\_\_\_

- |                       |               |                        |             |                |                |
|-----------------------|---------------|------------------------|-------------|----------------|----------------|
| <input type="radio"/> | Apprendimento | <del>Buono</del> _____ | Medio _____ | Discreto _____ |                |
| <input type="radio"/> | Eloquio       | Buono _____            | Medio _____ | Discreto _____ | <i>Assente</i> |
| <input type="radio"/> | Motivazione   | <del>Buono</del> _____ | Medio _____ | Discreto _____ |                |

**TIPOLOGIA E METODO DI ACCESSO ALLA COMUNICAZIONE**

- |                       |  |                     |          |
|-----------------------|--|---------------------|----------|
| <input type="radio"/> | Accesso tramite tastiera PC o tastiera virtuale da utilizzare tramite touchscreen  | SI _____            | NO _____ |
| <input type="radio"/> | Accesso tramite mouse o touchpad per scrivere con tastiera virtuale  | SI _____            | NO _____ |
| <input type="radio"/> | Accesso tramite sistemi di comando a scansione da controllare tramite una parte del Corpo (mano, gamba, braccio, piede, testa, ecc.) | SI _____            | NO _____ |
| <input type="radio"/> | Accesso attraverso movimento degli occhi, con comunicatore a controllo oculare   | <del>SI</del> _____ | NO _____ |

**TIPOLOGIA DI COMUNICAZIONE CONSIGLIATA**

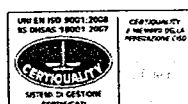
- |                       |   |          |          |
|-----------------------|---|----------|----------|
| <input type="radio"/> | TASTIERA PC O TOUCHSCREEN _____             | SI _____ | NO _____ |
| <input type="radio"/> | MOUSE O TOUCHPAD _____                      | SI _____ | NO _____ |
| <input type="radio"/> | SCANSIONE _____                             | SI _____ | NO _____ |
| <input type="radio"/> | CONTROLLO OCULARE <i>Sagittarius M.U.15</i> | SI _____ | NO _____ |
| <input type="radio"/> | ALTRO _____                                 | SI _____ | NO _____ |

TIMBRO E FIRMA DEL MEDICO ASL

**Azienda A.S.L. n° 8 Cagliari**  
**Martino Sarrabus Gerrei**  
*[Signature]*  
Via Roberto M. A. ...  
Cagliari, n. ...

TECNICO VALUTATORE

**X MEDIGAS** *Olga Nieddu*  
*[Signature]*



# Work Report 1000100

Olga Nieddu



PROVIDER	CUSTOMER
Handy Smile di Olga Nieddu 02241970900 via Lazio , 48 Olbia ( OT) +39 3343389473 handysmile@gmail.com handysmile@pec.it consulenze e valutazione ausili	C. ██████ M. ██████ S. ██████ Via ██████, 35 ██████████

CHARGED TIME	
From:	23/01/2015 at 14:30:00
To:	23/01/2015 at 15:55:00
Duration:	1 hour and 25 minutes

NOTES
Effettuata prova Comunicatore Sagittarius. La stessa è più positiva. Si lascia il comunicatore in comodato d'uso fino a Giovedì 29 gennaio. In attesa della valutazione con il Fisiatra e Assistente Sociale ASL8 Distretto Senorbi.

<b>SIGNED BY:</b>	Congiu Paoletta (Care Giver)	23/01/2015 at 15:56:14
-------------------	------------------------------	------------------------

*Congiu Paoletta*