



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Medicina e Chirurgia
Roma



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Centro S.Maria della Pace
Roma

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2006/2007

Analisi retrospettiva dell'assistenza protesica nella Azienda Sanitaria Locale di Bolzano nel quadriennio 2003-2006

CANDIDATO: Barbara Avesani

Tipo di elaborato: Progetto di Intervento sul Territorio

***Abstract.** L'Elaborato fornisce un'analisi retrospettiva delle prestazioni erogate dal Servizio di Assistenza Protesica dell'ASL di Bolzano, tenuto conto delle disposizioni legislative nazionali e provinciali in materia di assistenza protesica. Questo lavoro si propone di contribuire ad una maggior riflessione su questa materia, mettendo a confronto tale realtà con altre realtà presenti in Italia e, conseguentemente, ad un migliore orientamento riguardo l'assistenza con presidi tecnici ed ortopedici basato sulle evidenze scientifiche. Complessivamente risulta che sono spesi ingenti quantità di risorse economiche in ausili di cui, di fatto, non abbiamo la conferma scientifica che siano veramente preventivi, riabilitativi o terapeutici e che spesso non possano garantire l'autonomia. Un esempio significativo è costituito dalle calzature ortopediche, che costituiscono per il Servizio Sanitario una spesa rilevante e che non sempre risultano inquadrabili come ausili realmente necessari. Altro aspetto emerso è la mancanza di una cultura di approccio interdisciplinare, in un ambito che richiede la convergenza di diverse discipline.*

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico**

**Prof. Carlo Bertolini
Ing. Renzo Andrich**

1. Premesse teoriche

Il termine, improprio, di assistenza “protesica” indica quel complesso di prestazioni sanitarie che dovrebbe garantire alle persone con disabilità l’erogazione degli ausili tecnici necessari al raggiungimento del livello di autonomia oggi consentito dai ritrovati tecnologici.

Si tratta di un irrinunciabile diritto alla salute, garantito in molti Paesi e anche in Italia che già nella **Legge 104/92 – la legge quadro per l’assistenza, l’integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate** – individua la necessità di rivedere e ridefinire la disciplina, per consentire l’inserimento delle nuove tecnologie **che permettono di compensare le difficoltà delle persone con handicap fisico o sensoriale (art. 34)**.

Occorre passare da un approccio risarcitorio all’erogazione di prestazioni che abbiano effettivo significato per il miglioramento della salute - della partecipazione, dell’autonomia - delle persone disabili, e che quindi siano determinate sulla base dei positivi cambiamenti che esse possono provocare.

Non si tratta soltanto di specificare i criteri con cui delimitare un gruppo di possibili destinatari, ma di trovare i metodi per stabilire i loro effettivi bisogni e i potenziali di recupero, si tratta di identificare risposte efficacemente appropriate, si tratta di verificare gli effetti prodotti. Magari con un occhio vigile al rapporto tra costi sostenuti e risultati attesi e conseguiti.

Le leggi che regolano il Servizio Sanitario Nazionale (**Decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229 recante: “Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell’articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419”**, e successivi¹ considerano un diritto del cittadino l’uso degli ausili ma lo rendono praticamente di difficile applicazione sia perché le strutture sanitarie sul territorio a ciò deputate sono carenti sia perché a livello nazionale il “**Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell’ambito del Ssn: modalità di erogazione e tariffe**” (D.M.332/99), non essendo più aggiornato nei fatti dall’inizio degli anni 90, non comprende proprio gli ausili sanitari, presidi e protesi avanzati più efficaci.

Infatti, l’edizione del 1999 del nomenclatore mantiene sostanzialmente l’impianto tradizionale del precedente nomenclatore del 1992 che resta ancorato a una mera elencazione di prodotti con una descrizione più o meno generica dei requisiti tecnici di ciascuno: non abbastanza dettagliata da identificare uno specifico oggetto (per evitare di “favorire” talune marche), non sufficientemente generica da consentire significative varianti, magari innovazioni migliorative, dei prodotti.

Il Nomenclatore del 1999 rispetto a quello del 1992 ha introdotto un’importante variante: per un buon numero di prodotti, l’assenza dei prezzi e l’invito a ricorrere a pubbliche procedure di acquisto per la loro determinazione.

Le Regioni dovrebbero emanare direttive e le ASL acquistare. Una parte del problema sta sì nella determinazione dei prezzi, ma come non accorgersi che la parte sostanziale del problema è la difficoltà nel determinare il “cosa”acquistare? Come valutare quali sono i prodotti che “funzionano”? Quali sono i requisiti essenziali che i dispositivi devono possedere per accedere ai processi di acquisto?

Tutto ciò si traduce in una lesione dei diritti costituzionali dei cittadini (Art. 32 Costituzione Italiana che così recita: “**La Repubblica tutela la salute come fondamentale diritto dell’individuo e interesse della collettività, e garantisce cure gratuite agli indigenti**”) disabili e non disabili, oltre che una manifesta violazione delle norme e dei principi alla base del Servizio Sanitario nazionale.

¹ Art. 1: “*La tutela della salute come diritto fondamentale dell’individuo e interesse della collettività è garantita, nel rispetto della dignità e della libertà della persona umana, attraverso il Servizio sanitario nazionale, quale complesso delle funzioni e delle attività assistenziali dei Servizi sanitari regionali e delle altre funzioni e attività svolte dagli enti e istituzioni di rilievo nazionale, nell’ambito dei conferimenti previsti dal decreto legislativo 31 marzo 1998, n.112, nonché delle funzioni conservate allo stato dal medesimo decreto*”

Art.2: “*Il Servizio sanitario nazionale assicura, attraverso le risorse finanziarie pubbliche individuate ai sensi del comma 3 e in coerenza con i principi e gli obiettivi indicati dagli articoli 1 e 2 della legge 23 dicembre 1978, n. 833, i livelli essenziali e uniformi di assistenza definiti dal Piano sanitario nazionale nel rispetto dei principi della dignità della persona umana, del bisogno di salute, dell’equità nell’accesso all’assistenza, della qualità delle cure e della loro appropriatezza riguardo alle specifiche esigenze nonché dell’economicità nell’impiego delle risorse (Comma modificato dall’art. 1, comma 5, del decreto legge 18 settembre 2001, n.347, coordinato con la legge di conversione 16 novembre 2001, n. 405, recante: “Interventi urgenti in materia di spesa sanitaria”)*”.

L'ICF (Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute) è il nuovo strumento elaborato dall'Organizzazione Mondiale della Sanità (OMS) per descrivere e misurare la salute e la disabilità della popolazione. Secondo il modello ICF la disabilità è il divario tra stato di salute (espresso in termini di strutture/funzioni e di attività/partecipazione) e fattori contestuali; il vecchio concetto di "handicap", che aveva sempre rappresentato un problema irrisolto a livello di definizione scientifica, non è più contemplato.

Per precisione, secondo l'ICF la disabilità è definita *come la conseguenza o il risultato di una complessa relazione tra la condizione di salute e i fattori personali, e i fattori ambientali che rappresentano le circostanze in cui vive l'individuo*. A causa di questa relazione, ambienti diversi possono avere un impatto molto diverso sullo stesso individuo con una certa condizione di salute. Un ambiente con barriere, o senza facilitatori, limiterà la performance dell'individuo; altri ambienti più facilitanti potranno invece favorirla. La società può ostacolare la performance di un individuo sia creando delle barriere (ad es, edifici inaccessibili), sia non fornendo facilitatori (ad esempio mancata disponibilità di ausili).

Conseguentemente a tale nuova elaborazione del concetto di disabilità da parte dell'Organizzazione della Sanità (ICF,2001), lo standard internazionale ISO 9999 ha aggiornato nel 2007 la definizione di ausilio: *"qualsiasi prodotto (inclusi dispositivi, apparecchiature, strumenti, sistemi tecnologici, software), di produzione specializzata o di comune commercio, atto a prevenire, compensare, tenere sotto controllo alleviare o eliminare una menomazione, limitazioni nelle attività, o ostacoli alla partecipazione"*.

La classificazione ISO 9999 prevede 11 *classi*:

- 04 ausili per terapia
- 05 ausili per addestramento di abilità
- 06 ortesi e protesi
- 09 ausili per la cura e la protezione personale
- 12 ausili per la mobilità personale
- 15 ausili per la cura della casa
- 18 mobilia e adattamenti per al casa o altri edifici
- 22 ausili per la comunicazione e informazione
- 24 ausili per manovrare oggetti o dispositivi
- 27 adattamenti dell'ambiente, utensili e macchine
- 30 ausili per le attività di tempo libero

Ogni classe si suddivide a sua volta in *sottoclassi* e *divisioni*. Secondo questo standard ciò che caratterizza l'ausilio è la funzione, il che vuol dire che ogni classe ISO è costituita da una eterogeneità di prodotti, che va da semplici utensili per facilitare certe attività quotidiane quali vestirsi, mangiare ecc, a complesse apparecchiature elettroniche, domotiche o informatiche.

Nell'articolo *"Concetti generali sugli ausili"* (2007) Andrich propone anche un altro modo di classificare gli ausili, suddividendoli in sette ampie tipologie a seconda che servano a:

- compensare limitazioni funzionali;
- compensare limitazioni nell'attività;
- rimuovere barriere dell'ambiente;
- rendere più sicuro e meno gravoso il compito della persona che assiste;
- sostenere funzioni vitali e/o a prevenire l'insorgenza di complicanze secondarie.

Pertanto bisogna centrare la propria attenzione nella scelta tra semplicità e complessità d'uso rispetto alle capacità e agli obiettivi della persona, facilitare il ruolo dell'utente come protagonista delle scelte che riguardano il suo percorso verso l'autonomia e l'integrazione ed indirizzare l'utente ad un atteggiamento informato, esigente e responsabile nella scelta e nell'uso degli ausili.

Rabaioli-Fischer (1996), del Max Plank Institut di Monaco di Baviera, sostiene che la disabilità comporta le seguenti conseguenze:

- Riduzione dell'autodeterminazione della persona.
- Perdita di ruolo (nel senso di un vissuto di impotenza sociale).
- Perdita di fiducia in sé (dipendenza sociale e insicurezza nelle decisioni).
- Condizione di relativa *helplessness* per via della disabilità.
- Condizione di paura della critica da parte degli altri per via della disabilità.

A tale proposito, gli ausili permettono dunque non soltanto di “riacquistare” la mobilità ecc. ma anche di ridurre le gravi situazioni di disagio sopra indicate e contribuire, pertanto, ad un miglioramento della qualità della vita.

2. Contesto

L'Alto Adige era costituito fino a gennaio 2007 da quattro Aziende Sanitarie così suddivise: Merano, Bressanone, Bolzano e Brunico. Le attività di medicina legale dell'Azienda Sanitaria di Merano, Bressanone e Brunico afferivano ai servizi di Igiene e sanità pubblica, che risultavano pertanto articolati in due sezioni:

- Igiene e Sanità Pubblica;
- Medicina Legale.

Nell'Azienda Sanitaria di Bolzano le funzioni di medicina legale venivano svolte da un servizio autonomo. Da gennaio 2007 il Servizio Sanitario ha unificato tutte le 4 Aziende. Quanto descritto di seguito si riferisce all'attività medico-legale dal 2003 al 2006, quando vi erano ancora quattro aziende sanitarie.

Le attività di medicina –legale, regolate dalla l.p.13.01.1992, n.1, consistono principalmente in:

- accertamenti per la verifica dell'incapacità temporanea al servizio;
- accertamenti collegiali per giudizi di idoneità generica e specifica alle mansioni lavorative o di invalidità permanente;
- accertamento dei requisiti medico-legali necessari per il riconoscimento del diritto a prestazioni sanitarie integrative per gli utenti del Servizio Sanitario Provinciale;
- assistenza sanitaria in favore dei invalidi civili, di guerra, per servizio, dei ciechi e dei sordomuti e di altre categorie protette;
- accertamenti medico-legali ai fini del rilascio del contrassegno “sosta invalidi”;
- accertamenti medico-legali anche a fine risarcitorio e assicurativo, rivolti alla verifica di eventuali responsabilità professionali da parte del personale sanitario;
- pareri e giudizi tecnici in merito alle varie e spesso complesse problematiche della dottrina medico-legale in ambito sanitario;
- accertamenti collegiali per il riconoscimento dell'invalidità civile e della situazione di handicap.

Il servizio di medicina legale dell'Azienda Sanitaria di Bolzano si occupa anche dell'accertamento di idoneità alla guida di veicoli a motore degli invalidi (Commissione Medica Locale), degli accertamenti collegiali per il riconoscimento della cecità e sordomutismo delle revisioni straordinarie dell'invalidità civile e del collocamento al lavoro degli invalidi (commissione 1.68/99), nonché della idoneità al rilascio del porto d'arma (commissione ricorsi).

Il servizio di medicina legale, in seguito all'applicazione del Contratto Collettivo Intercompartimentale del 13.08.1999, è competente, inoltre, per i dipendenti delle Amministrazioni pubbliche della Provincia, in tema di idoneità all'impiego, dispensa dal servizio, riconoscimento dell'infermità da causa di servizio. Svolge poi, su richiesta dell'Autorità Giudiziaria, compiti di polizia giudiziaria, quali i sopralluoghi giudiziari per accertamenti di morte con relative indagini autoptiche. Fornisce, inoltre, consulenza su atti e su documenti clinici (autorizzazione, prescrizione protesi-ausili-tutori).

Nell'ambito del Servizio di Medicina Legale, l'Ufficio preposto all'assistenza degli invalidi, concede prestazioni di assistenza protesica agli:

- a. invalidi civili, di guerra e per servizio;
- b. ai privi della vista;
- c. ai sordomuti;
- d. ai minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di una invalidità permanente;
- e. nonché a coloro che in attesa di ottenere il riconoscimento di invalido civile, non sono in grado di deambulare o di svolgere le azioni quotidiane della vita.

Tale attività medico legale (assistenza protesica) è stata affidata da gennaio 2007 al reparto di medicina legale di Bolzano, che coordina attualmente tutte le 3 precedenti Aziende Sanitarie (Brunico, Bressanone e Merano).

3. Bacino di utenza

La Provincia Autonoma di Bolzano si estende su 7.400,4 kmq di territorio interamente montano, ed è suddivisa in 116 comuni, aggregati in 20 distretti ed in quattro Aziende sanitarie: Bolzano, Merano, Bressanone e Brunico. Al 31.12.2005 risiedevano 481.095 abitanti, per una densità di 65,0 abitanti per kmq (190,0 la densità abitativa media in Italia). L'altitudine media dei centri comunali è di 850 metri sul livello del mare.

Il 20,4% della popolazione provinciale vive in comuni di ampiezza demografica a partire da 50.000 abitanti (34,4% la media nazionale), il 22,6% in comuni di ampiezza demografia tra 10.000 e 30.000 abitanti (32,9% la media nazionale) ed il restante 57,0% in comuni con meno di 10.000 residenti (32,7% la media nazionale). Il 44,5% della popolazione provinciale risiede nel territorio di competenza dell'Azienda Sanitaria di Bolzano, mentre il 26,1% risiede nell'Azienda Sanitaria di Merano, il 14,3% in quella di Bressanone ed il 15,1% in quella di Bolzano.

La popolazione residente ha un'età media di 40,2 anni. L'indice di vecchiaia è pari al 97,6%. la speranza di vita alla nascita è pari a 78,2 anni per gli uomini ed a 83,7 anni per le donne. La speranza di vita libera da disabilità a 15 anni è pari 58,9 anni per gli uomini ed a 65,1 anni per le donne.

Il tasso di mortalità nel 2003 è stato pari a 809,5 per 100.000 tra i maschi ed a 845,1 per 100.000 tra le femmine. La maggiore mortalità maschile è particolarmente evidente tra 20 e 24 anni di età, quando è 8,7 volte superiore a quella femminile. Le cause più frequenti di morte nel 2003 sono le malattie del sistema circolatorio (296,3 per 100.000 tra i maschi e 387,5 tra le femmine) ed i tumori (282,5 per 100.000 tra i maschi e 229,5 tra le femmine). La causa di morte evitabile più frequente sono i traumatismi e gli avvelenamenti tra gli uomini (mediamente 120,1 eventi annui) ed il tumore della mammella tra le donne (mediamente 28,7 eventi annui), comunque in diminuzione.

Il tasso di occupazione (2,8) è inferiore al nazionale (7,7%).

Il PIL procapite (21.600 euro) è indice di una maggiore ricchezza prodotta rispetto alla media nazionale (17.900). Le famiglie altoatesine hanno speso nel 2005 circa 3.238 euro ogni mese, il 35% in più rispetto alla media italiana; nel 2004, mediamente 146 euro per la salute, contro 90 euro quelle italiane.

In provincia l'analfabetismo è ridotto al minimo (1,7%) ma sono anche pochi i laureati (5%).

4. Organizzazione attuale del sistema di assistenza protesica

Attualmente il sistema di assistenza protesica prevede i seguenti passi:

- 1) L'utente è informato che deve presentare i seguenti documenti, in allegato alla sua domanda: a) prescrizione medica, b) verbale di invalidità, c) certificato di residenza o autocertificazione.
- 2) La domanda deve essere debitamente compilata dall'utente o da un suo delegato su carta semplice o su modulo prestampato fornito dal nostro ufficio. Oltre ai dati personali, su di essa viene indicato il nome della ditta presso la quale il paziente desidera rivolgersi per ottenere la fornitura ortopedica di cui necessita.
- 3) L'impiegato amministrativo disponibile a cui viene consegnata la domanda verifica preliminarmente che essa e la documentazione allegata sia completa e regolare.
- 4) La domanda è protocollata sull'apposito registro, indicando su di essa la data di arrivo e nr. di protocollo (impiegato addetto).
- 5) Per un paziente, che per la prima volta presenta domanda di assistenza all'ufficio invalidi, si iscrivono il nome e dati personali su un apposita rubrica, dopo di che si procede all'intestazione di un fascicolo personale personale indicando, sulla facciata le sue generalità e la sua posizione fra le seguenti: a) % di invalidità civile; b) in attesa di invalidità; c) minorenne non invalido.
- 6) All'interno del fascicolo personale vengono annotate di volta in volta le prestazioni erogate con a) ricevimento domanda b) autorizzazione c) collaudo.
- 7) Il medico addetto all'Ufficio Invalidi verifica la compatibilità tra la protesi o l'ausilio richiesto e l'invalidità riconosciuta o in attesa di riconoscimento dell'assistito. Nel caso in cui l'utente non ha

diritto all'ausilio richiesto, lo stesso medico invia lettera di diniego, motivando per quale motivo l'ausilio è stato negato.

- 8) L'autorizzazione è predisposta, su apposito modulo, in possesso dell'Ufficio Invalidi, sulla base di quanto prescritto dal medico di fiducia del paziente (medico specialista dell'ASL in caso di prima fornitura o per minorenni, anche medico di base per forniture successive alla prima con esclusione di minorenni. Possono essere prescritti dal medico di medicina generale i dispositivi protesici, giacenti nei magazzini delle aziende sanitarie (tre impiegati addetti).
- 9) Scrivere la lettera al paziente, comunicando l'accoglimento della sua domanda e indicando il nome della ditta dallo stesso prescelta, che dovrà fornire la protesi o l'ausilio autorizzato nonché l'invito a presentarsi entro 20 giorni dal ricevimento della protesi o ausilio al collaudo da parte del medico addetto (tre impiegati addetti).
- 10) Controllo e firma, da parte del medico addetto sull'autorizzazione da inviare alla ditta che dovrà fornire la protesi e sulla lettera da inviare al paziente;
- 11) Firma, come sopra, da parte del funzionario delegato dopo controllo amministrativo (funzionario delegato).
- 12) Annotare le spese in uscita su apposito registro, distinte per nominativo in ordine alfabetico (impiegato addetto).
- 13) Registrare le spese di cui sopra su altro registro, suddivise per categoria-tipologia di protesi o ausili.
- 14) Comunicare al direttore Generale l'impegno della spesa assunto, ai sensi dell'art. 8 del regolamento dei servizi in economia (funzionario delegato).
- 15) Protocollare in uscita, su apposito registro con numero e data di partenza le autorizzazioni da spedire alle varie ditte e contemporaneamente le lettere da inviare ai pazienti.
- 16) Consegnare all'Ufficio posta le autorizzazioni e le lettere per i pazienti da spedire.
- 17) Collaudo da parte del medico addetto del presidio ricevuto dal paziente. Esso dovrà corrispondere ai termini dell'autorizzazione emessa.
- 18) Archiviazione fascicolo, in attesa della relativa fattura da parte della ditta;
- 19) Pagamento fatture, con emissione della relativa delibera.

Il personale coinvolto in questa procedura è rappresentato da:

- un medico specialista addetto uffici invalidi;
- n° 4 impiegati amministrativi compreso funzionario delegato;
- n° 1 assistente sanitaria;
- n° 1 magazziniere.

Tutte le attività sopra indicate vengono svolte presso l'Ufficio invalidi giornalmente, salvo quelle indicate ai punti 10-11-12-14 che vengono svolte tre volte alla settimana e quella indicata al punto 17 per 3 volte al mese.

Il medico specialista addetto all'ufficio invalidi è responsabile del servizio, mentre ogni impiegato responsabile delle varie fasi operative a cui è preposto o si trova a dover svolgere.

La documentazione che viene usata riguarda soprattutto moduli di domanda, moduli predisposti per emettere autorizzazioni, lettere di vario tipo da inviare ai pazienti.

5. Casistica

Il dettaglio delle forniture autorizzate dal 2003-2006 è presentato nelle seguenti tabelle.

descrizione	Casistica degli ausili forniti nell'assistenza protesica Azienda sanitario di Bolzano - 2003								
	ausili da tariffario			ausili extratariffario			totale ausili da tariffario ed extratariffario		
	Nr. pazienti	Quantità	Importo (€)	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	Importo (€)
calzature ortopediche, scarpe, plantari, rialzi	2059	2059	€ 312.151,00				2059	2059	€ 312.151,00
protesi arti inferiori, docce, tutori, staffe	135	135	€ 120.254,00				135	135	€ 120.254,00
protesi arto superiore, braccia	9	9	€ 6.492,00				9	9	€ 6.492,00
busti, collari, ventriere, corsetti, cinture	296	296	€ 55.889,00				296	296	€ 55.889,00
carrozze, deambulatori, tripodo, sollevatori, bastoni, divaricatori, stampelle	450	450	€ 671.302,00				450	450	€ 671.302,00
protesi acustiche, apparecchi per comunicare	720	720	€ 243.723,00				720	720	€ 243.723,00
protesi fonetiche, laringectomie	2	2	€ 1.130,00				2	2	€ 1.130,00
protesi oculari, occhiali, lenti, videingranditori	208	208	€ 53.753,00				208	208	€ 53.753,00
protesi mammarie	152	154	€ 22.185,00				152	154	€ 22.185,00
letti, cuscini, materassi, trapezi, pannolini, ruote	478	478	€ 109.893,00				478	478	€ 109.893,00
concentratori di ossigeno, ventilatori - aspiratori	43	43	€ 50.650,00				43	43	€ 50.650,00
riparazioni				17	17	€ 11.183,00	17	17	€ 11.183,00
saliscale				1	1	€ 562,00	1	1	€ 562,00
soggiorni terapeutici e cure climatiche per invalidi di guerra e servizio							0	0	€ -
ausili per la scuola							0	0	€ -
protesi ortodontiche e maxillo-facciali							0	0	€ -
cannula tracheale							0	0	€ -
batterie per impianto cocleare				10	6720	€ 4.502,00	10	6720	€ 4.502,00
parrucca				1	1	€ 510,00	1	1	€ 510,00
computer				1	1	€ 796,00	1	1	€ 796,00
app.acust.digitali				9	9	€ 39.287,00	9	9	€ 39.287,00
aspiratore							0	0	€ -
varie				14	14	€ 21.480,00	14	14	€ 21.480,00
bottoni gastrostomici				3	15	€ 3.211,00	3	15	€ 3.211,00
carrozzella elettrica				1	1	€ 12.511,00	1	1	€ 12.511,00
sollevatore vasca b.				25	25	€ 16.678,00	25	25	€ 16.678,00
sollevatore soffitto				3	3	€ 9.946,00	3	3	€ 9.946,00
cicloergometro				7	7	€ 16.535,00	7	7	€ 16.535,00
sedie				2	2	€ 8.523,00	2	2	€ 8.523,00
protesi fonatoria				1	1	€ 1.691,00	1	1	€ 1.691,00
pulsossimetro				3	3	€ 1.464,00	3	3	€ 1.464,00

totale	4.552	4.554	€ 1.647.422,00	98	6820	€ 148.879,0 0	4.650	11.374	€ 1.796.301,00
--------	-------	-------	-------------------	----	------	---------------------	-------	--------	-------------------

descrizione	Casistica degli ausili forniti nell'assistenza protesica Azienda sanitario di Bolzano - 2004								
	ausili da tariffario			ausili extratariffario			totale ausili da tariffario ed extratariffario		
	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	importo
calzature ortopediche, scarpe, plantari, rialzi	1851	2802	€ 265.691,50				1851	2802	€ 265.691,50
protesi arti inferiori, docce, tutori, staffe	161	161	€ 80.462,24				161	161	€ 80.462,24
protesi arto superiore, braccia	2	2	€ 32.921,00				2	2	€ 32.921,00
busti, collari, ventriere, corsetti, cinture	281	281	€ 75.906,00				281	281	€ 75.906,00
carrozze, deambulatori, tripode, sollevatori, bastoni, divaricatori, stampelle	602	602	€ 482.835,50	34	34	€ 29.798,40	636	636	€ 512.633,90
protesi acustiche, apparecchi per comunicare	376	376	€ 250.136,00				376	376	€ 250.136,00
protesi fonetiche, laringectomie	3	3	€ 750,06	1	1	€ 1.624,40	4	4	€ 2.374,46
protesi oculari, occhiali, lenti, videoingranditori	385	385	€ 41.887,00				385	385	€ 41.887,00
protesi mammarie	153	152	€ 19.400,00				153	152	€ 19.400,00
letti, cuscini, materassi, trapezi, pannolini, ruote	253	253	€ 99.971,00	2	2	€ 2.431,89	255	255	€ 102.402,89
concentratori di ossigeno, ventilatori - aspiratori	36	36	€ 38.912,00	1	1	€ 343,20	37	37	€ 39.255,20
riparazioni				14	14	€ 9.788,77	14	14	€ 9.788,77
saliscala	5	5	€ 17.790,00				5	5	€ 17.790,00
soggiorni terapeutici e cure climatiche per invalidi di guerra e servizio,							0	0	€ -
ausili per la scuola							0	0	€ -
protesi ortodontiche e maxillo-facciali							0	0	€ -
cannula tracheale	1	1	€ 314,50				1	1	€ 314,50
batterie per impianto cocleare				18	18	€ 4.928,25	18	18	€ 4.928,25
parrucca				6	6	€ 4.119,85	6	6	€ 4.119,85
computer				2	2	€ 7.068,21	2	2	€ 7.068,21
app.acust.digitali				19	19	€ 70.332,00	19	19	€ 70.332,00
aspiratore	2	2	€ 365,00				2	2	€ 365,00
calzature di rivestimento per invalidi di guerra...	13	13	€ 1.007,50				13	13	€ 1.007,50
assistenza odontostomatologica per invalidi di guerra...							0	0	€ -
varie	15	15	€ 5.681,14				15	15	€ 5.681,14
ausili in affitto						€ 8.550,87	0	0	€ 8.550,87
lavacarrozze				1	1	€ 20.160,00	1	1	€ 20.160,00
totale	4.139	5.089	€ 1.414.030,44	98	98	€ 159.145,84	4.237	5.187	€ 1.573.176,28

descrizione	Casistica degli ausili forniti nell'assistenza protesica Azienda sanitario di Bolzano – 2005								
	ausili da tariffario			ausili extratariffario			totale ausili da tariffario ed extratariffario		
	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	importo
calzature ortopediche, scarpe, plantari, rialzi	1639	2513	€ 234.344,00				1639	2513	€ 234.344,00
protesi arti inferiori, docce, tutori, staffe	232	232	€ 127.911,00				232	232	€ 127.911,00
protesi arto superiore, braccia	76	76	€ 12.402,00				76	76	€ 12.402,00
busti, collari, ventriere, corsetti, cinture	290	290	€ 81.125,00				290	290	€ 81.125,00
carrozze, deambulatori, tripodo, sollevatori, bastoni, divaricatori, stampelle	512	512	€ 288.763,00				512	512	€ 288.763,00
protesi acustiche, apparecchi per comunicare	422	422	€ 284.179,00				422	422	€ 284.179,00
protesi fonetiche, laringectomie	11	11	€ 11.936,00	1	10	€ 1.701,44	12	21	€ 13.637,44
protesi oculari, occhiali, lenti, videoingranditori	216	216	€ 78.196,00				216	216	€ 78.196,00
protesi mammarie	144	144	€ 16.863,00				144	144	€ 16.863,00
letti, cuscini, materassi, trapezi, pannolini, ruote	296	323	€ 108.884,00				296	323	€ 108.884,00
concentratori di ossigeno, ventilatori - aspiratori	49	49	€ 45.937,00				49	49	€ 45.937,00
riparazioni				35	35	€ 32.624,43	35	35	€ 32.624,43
saliscale	17	17	€ 64.710,00				17	17	€ 64.710,00
soggiorni terapeutici e cure climatiche per invalidi di guerra e servizio,							0	0	€ -
ausili per la scuola							0	0	€ -
protesi ortodontiche e maxillo-facciali							0	0	€ -
cannula tracheale	2	5	€ 440,00				2	5	€ 440,00
batterie per impianto cocleare				25	9125	€ 6.028,14	25	9125	€ 6.028,14
parrucca				3	3	€ 2.061,75	3	3	€ 2.061,75
computer				1	1	€ 493,00	1	1	€ 493,00
app.acust.digitali				19	19	€ 77.370,39	19	19	€ 77.370,39
aspiratore							0	0	€ -
calzature di rivestimento per invalidi di guerra...	11	11	€ 863,50				11	11	€ 863,50
assistenza odontostomatologica per invalidi di guerra...							0	0	€ -
varie				39	39	€ 78.767,69	39	39	€ 78.767,69
totale	3.917	4.821	€ 1.356.553,50	123	9232	€ 199.046,84	4.040	14.053	€ 1.555.600,34

descrizione	Casistica degli ausili forniti nell'assistenza protesica Azienda sanitario di Bolzano - 2006								
	ausili da tariffario			ausili extratariffario			totale ausili da tariffario ed extratariffario		
	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	importo	Nr. pazienti	Quantità	importo
calzature ortopediche, scarpe, plantari, rialzi	1157	2014	€ 293.796,00				1157	2014	€ 293.796,00
protesi arti inferiori, docce, tutori, staffe	70	70	€ 128.526,00	4	4	€ 7.448,00	74	74	€ 135.974,00
protesi arto superiore, braccia	30	30	€ 18.495,00				30	30	€ 18.495,00
busti, collari, ventriere, corsetti, cinture	250	250	€ 70.706,00				250	250	€ 70.706,00
carrozzelle, deambulatori, tripodo, sollevatori, bastoni, divaricatori, stampelle	556	556	€ 463.017,00	1	1	€ 2.602,00	557	557	€ 465.619,00
protesi acustiche, apparecchi per comunicare	430	468	€ 360.861,00				430	468	€ 360.861,00
protesi fonetiche, laringectomie	9	9	€ 11.969,00				9	9	€ 11.969,00
protesi oculari, occhiali, lenti, videoingranditori	220	251	€ 68.836,00				220	251	€ 68.836,00
protesi mammarie	140	142	€ 16.720,00				140	142	€ 16.720,00
letti, cuscini, materassi, trapezi, pannolini, ruote	192	225	€ 80.729,00	1	1	€ 2.434,00	193	226	€ 83.163,00
concentratori di ossigeno, ventilatori - aspiratori	64	64	€ 67.622,00				64	64	€ 67.622,00
riparazioni				30	30	€ 28.255,00	30	30	€ 28.255,00
saliscale	1	1	€ 3.276,00				1	1	€ 3.276,00
soggiorni terapeutici e cure climatiche per invalidi di guerra e servizio,							0	0	€ -
ausili per la scuola							0	0	€ -
protesi ortodontiche e maxillo-facciali							0	0	€ -
cannula tracheale	4	15	€ 2.436,00				4	15	€ 2.436,00
batterie per impianto cocleare				15	5840	€ 3.250,00	15	5840	€ 3.250,00
parrucca				1	1	€ 266,00	1	1	€ 266,00
computer							0	0	€ -
app.acust.digitali				15	15	€ 45.242,00	15	15	€ 45.242,00
aspiratore							0	0	€ -
calzature di rivestimento per invalidi di guerra...							0	0	€ -
assistenza odontostomatologica per invalidi di guerra...							0	0	€ -
varie				62	62	€ 55.876,00	62	62	€ 55.876,00
totale	3.123	4.095	€ 1.586.989,00	129	5954	€ 145.373,00	3.252	10.049	€ 1.732.362,00

6. Discussione dei risultati

Dall'analisi di queste tabelle emerge che gli ausili richiesti e forniti maggiormente sono le *carrozze*, in secondo ordine le *calzature* e al terzo posto troviamo gli *apparecchi acustici*.

Per quanto riguarda le *scarpe* è doveroso sottolineare come nella maggior parte delle prescrizioni non venga specificato il tipo di calzatura e molto spesso il medico prescrittore si limita a ricopiare il preventivo fornito dalla ditta produttrice. A tale proposito si segnala come molto spesso in presenza di diagnosi diverse è fornita la stessa calzatura: pertanto, ci si chiede se tale calzatura sia veramente efficace. Viene meno la credibilità dell'ausilio.

In letteratura è riportato come la calzatura è da considerarsi un presidio terapeutico. Per cui come ogni terapia, la scarpa ortopedica deve avere una prescrizione precisa. Una prescrizione scritta in maniera troppo semplice è il più chiaro indice di scarsa conoscenza dei dettagli delle singole funzioni potenziali della scarpa ortopedica. A tutt'oggi non ci sono linee guida assolute e dettagliate che regolino la prescrizione della calzatura ortopedica. Ciò è riferibile sia alle indicazioni sia alla vera e propria prescrizione scritta. Una scarpa ortopedica è indicata ogniqualvolta ci si attenda da essa un miglioramento considerevole della postura e del cammino e quando il trattamento chirurgico è controindicato per ragioni specifiche o perchè semplicemente con esso si otterrebbe un risultato uguale o comunque parziale.

Per una prescrizione sufficientemente completa si dovrebbero tenere in considerazione i seguenti particolari:

- 1) Il tipo di calzatura
- 2) Il metodo di costruzione (da calco in gesso o su misura)
- 3) Il disegno della tomaia
- 4) La necessità di supporto di compensazione
- 5) Il progetto del sottopiede nei casi dove il supporto di compensazione non sia necessario
- 6) Il progetto della suola esterna
- 7) L'altezza del tacco e, ove appropriato, se è indicato un tacco assorbente
- 8) Possibilmente il tipo di pellame da cui si deve ricavare la tomaia
- 9) La diagnosi (assolutamente necessaria)

Naturalmente i punti sopra citati non necessitano di essere elencati individualmente sulla prescrizione. La caratteristica essenziale di una prescrizione completa è che chi costruisce la scarpa deve sapere quali elementi ortopedici sono richiesti dalla scarpa stessa.

A tale proposito è da citare Münzenberg (1985, pag 49-51) che nel libro "La scarpa ortopedica - Indicazioni per la calzatura ortopedica ed esempi di prescrizione" scrive quanto segue: "*La definizione più chiara e ampia del concetto di scarpa ortopedica fu data nel 1953 dal Comitato Consultivo della Società Ortopedica Tedesca. La scarpa ortopedica è un ausilio terapeutico costruito dal tecnico specialista ortopedico. E' fatta su misura per ogni singolo piede deformato o affetto da patologia utilizzando speciali tecniche di misura e di progetto. Essa veste il piede e fornisce anche elementi ben definiti come l'imbottitura, la diminuzione della pressione, il supporto, la correzione o la compensazione di difetti e anomalie e può favorire l'immobilizzazione o la progressione del movimento dal tallone alle dita. Le "scarpe ortopediche" che sono prodotte in grandi quantità o addirittura in serie non possono essere definite tali anche se esse tengono conto delle caratteristiche individuali della deformità*".

Le due caratteristiche principali della scarpa ortopedica sono perciò che essa deve essere fatta su misura per ogni singolo piede e che essa è un presidio terapeutico. Entrambi questi criteri servono a distinguerla dalla scarpa commerciale che è prodotta industrialmente su vasta scala e non è da intendersi come una scarpa che si adatti ad un piede specifico e ne escluda l'uso su tutti gli altri.

Elementi ortopedici possono però essere aggiunti successivamente ad una scarpa commerciale, come ad esempio una barra oscillante nell'alluce rigido. Tali misure sono sempre opportune in quei pazienti per i quali l'impiego di una scarpa fatta su misura non soltanto sarebbe troppo cara ma risulterebbe come un eccessivo dispendio di energia e di tempo. Poichè la prescrizione di un presidio ortopedico avviene di fatto sotto la responsabilità professionale del medico ed esso può quindi essere considerato un presidio terapeutico, ovviamente la scarpa commerciale non può essere definita scarpa ortopedica. Gli elementi ortopedici

aggiunti ad una calzatura commerciale prodotta in serie sono conosciuti come *modifiche ad una scarpa commerciale*.

La scarpa ortopedica è talvolta solo una soluzione di compromesso e non sempre è la migliore. Questo è vero per due ragioni. In primo luogo, molte alterazioni potrebbero essere meglio trattate in altro modo (e talvolta con più efficacia), ad esempio chirurgicamente o mediante un'ortesi (dispositivo ortopedico). Secondariamente, l'elemento ortopedico non può sempre completamente raggiungere in termini funzionali ciò che esso sembra promettere in teoria. In tali casi le sue caratteristiche fisico-meccaniche sono semplicemente insufficienti per sostituire completamente la funzione fisiologica. Questo fa parte dell'aspetto meccanico dell'elemento ortopedico inteso semplicemente come mezzo sostitutivo.

Da questa indagine emerge, inoltre, come gli ausili dovrebbero essere fatti provare preventivamente al paziente. Infatti l'aumento registrato nel 2006 era da attribuire ad un non corretta consulenza effettuata prima di consegnare l'ausilio. Gli ausili non andavano troppo bene: schienale rigido, braccioli troppo alti ecc. Questo concetto è stato ripetutamente sottolineato in ampia letteratura, ciononostante a tutt'oggi stenta (per lo meno nella nostra realtà altoatesina) a decollare.

Un'eccezione a questa criticità è rappresentata dagli **apparecchi acustici**, per i quali da circa due anni e mezzo, per la fornitura di tali ausili, che si collocano al terzo posto nella spesa del nostro servizio "Assistenza Protetica", viene richiesto un collaudo preventivo. Il che equivale a dire che l'invalido dopo essere stato sottoposto a visita O.R.L., acquista l'ausilio e dopo ritorna dallo specialista per vedere se tale apparecchio acustico è idoneo a quel paziente. Solo successivamente fa richiesta all'ASL per avere l'autorizzazione. La necessità di tale collaudo preventivo è nata dopo aver constatato che molti invalidi non usavano l'apparecchio acustico, in quanto non idoneo (ronzii, fischi, difficoltà ad usarli, nessun interesse ecc).

Altro aspetto importante che è emerso è il ruolo dell'**informazione** nella scelta degli ausili. Tale aspetto è molto importante per due ragioni (Andrich 1998, pg 40-44):

- consente di individuare gli ausili adatti una volta compiute le opportune analisi e valutazioni sulla persona e
- aiuta a chiarire quali aspettative di autonomia sia effettivamente possibile perseguire. Nel nostro Paese si riscontra purtroppo una diffusa carenza di informazione e, ove questa è disponibile, una diffusa resistenza mentale a farne pieno uso.

È comune che l'operatore scelga degli ausili senza compiere accurate indagini su ciò che è disponibile, contando solo sull'esperienza personale e sui contatti instaurati per tradizione con poche ditte locali. È frequente che il prescrittore basi le sue scelte su due o tre cataloghi che ha avuto occasione di scoprire, e di delegare alla ditta fornitrice tutta la fase operativa senza porsi il problema se questa sia in grado o meno di fornire un prodotto realmente adatto al caso specifico o se non esistano altri ausili che risolvano il problema in maniera più completa e con un miglior rapporto tra costi e benefici. L'errore di fondo che si compie in tale prospettiva è di trattare la scelta dell'ausilio come una scelta di natura esclusivamente medica, quando invece il peso che in essa giocano gli aspetti pratici, quelli sociali e la personalità del disabile è in molti casi determinante.

Scegliere le caratteristiche di una protesi è certo un fatto medico, che richiede analisi e misurazioni di tipo anatomico e clinico; scegliere un carrello montascale mobile per il disabile che abita al primo piano di una casa non è certo un fatto medico, richiedendo tutt'altro tipo di misurazioni: la larghezza della scala, la disponibilità o meno dell'accompagnatore, la motivazione della persona ad essere autonoma e quindi ad usare l'ausilio.

Terzo aspetto non meno importante e che manca nel nostro servizio è la **valutazione tecnica e funzionale** dell'ausilio.

Infatti, come sostiene Huriel (1988), che si tratti infatti di una carrozzina, di un sollevatore o di un ausilio per la comunicazione, la scelta di un prodotto di questo tipo comporta delle conseguenze quotidiane sul grado di autonomia della persona e coinvolge così numerosi aspetti funzionali, familiari e sociali, nonché psicologici. Terapisti, medici o più spesso persone disabili stesse, coinvolte nella scelta di ausili, si trovano però di fronte a difficoltà obiettive: l'unica fonte di documentazione esistente è di tipo commerciale. A meno di non rivolgersi a un centro di informazione specializzato la scelta di un prodotto si basa pertanto sulle indicazioni dei cataloghi, dei depliant, completate dall'esperienza personale a volte molto ridotta (ad esempio se si tratta di una persona che sceglie la sua prima carrozzina). Sono anche rare le opportunità di provare le attrezzature, di paragonare vari prodotti tra di loro, di analizzare quale ausilio risponde meglio alle

esigenze personali. La persona disabile è spesso un consumatore costretto ad acquistare i prodotti a «scatola chiusa», senza garanzie di sicurezza, di qualità, tanto meno di adeguatezza alle proprie necessità.

A sottolineare le implicazioni dovute alla mancanza di valutazione provvede ancor più l'evoluzione della produzione di ausili attraverso nuove tecnologie e nuovi materiali, evoluzione che non sempre viene apprezzata e diffusa, proprio perché non esiste un feedback tecnico-funzionale, una valutazione del prodotto che permetta anche di migliorarne le prestazioni e la qualità.

E' importante chiarire il termine «valutazione», qui inteso non tanto come giudizio assoluto (prodotto buono-prodotto scadente), ma come mezzo per studiare le caratteristiche qualitative e *funzionali* degli ausili e associarle a certi tipi di utenti e di esigenze.

Altra censura riguarda la **sostituzione** di molti ausili che vengono nuovamente autorizzati sulla base della scadenza dei tempi minimi di rinnovo, senza verifica dell'idoneità dell'ausilio. Non sempre, infatti, c'è la necessità di sostituirlo. L'Art.5, comma 4 D.M. 27 agosto 1999, nr. 332 recita così: *“alla scadenza del tempo minimo di cui al comma 1, il rinnovo della fornitura è comunque subordinato alla verifica di idoneità e convenienza alla sostituzione o riparazione da parte del medico specialista prescrittore..”*

Alcune proposte

Al termine di questo breve lavoro credo opportuno fare alcune proposte che, se non sono proprio conformi alla legge, sono certo conformi alla giustizia ed al "buon senso".

- Ticket: propongo una partecipazione alla spesa, pari al 5%, da parte dell'invalido per le scarpe ortopediche. Questo ticket, pari mediamente a 20-25 euro, è molto inferiore al costo di un paio di scarpe normali che in qualunque modo l'invalido, se tale non fosse, dovrebbe comperarsi. Inoltre: le riparazioni delle scarpe, la risuolatura per es., dovrebbero essere a carico dell'invalido; per poco non si regalano anche i lacci di riserva, il lucido e la spazzola: queste sono spese correnti che ognuno deve accollarsi, invalido o no.
- Cauzione per tutti gli altri ausili non personalizzati: propongo una cauzione da stabilire in % rispetto al costo indicato dal nomenclatore tariffario. Tale cauzione verrebbe restituita al momento del recupero del ausilio erogato, funzionante o no. Sono certa che nelle cantine degli invalidi o dei loro eredi non rimarrebbe più nulla.
- Controlli: propongo controlli su campione degli invalidi che usufruiscono di un ausilio dello stesso gruppo. Come, quando e quanto viene usato il presidio? Serve veramente o è solo un optional ? Abbiamo visto sussidi erogati, per es, ingranditori ottici o carrozzelle elettriche speciali tipo scoiattolo che costano milioni, restituiti dopo brevissimo tempo, dopo esser stati insistentemente richiesti, perché l'invalido non è in grado di servirsene.

Altre proposte o suggerimenti sono:

- un approccio multidisciplinare, assolutamente indispensabile per una buona riuscita di questa materia che da molti anni è apprciata in modo frammentario. Per approccio multidisciplinare si intende la collaborazione di specifiche figure professionali come i tecnici ortopedici, gli audioprotesisti, gli operatori socio-sanitari, terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, infermieri, insegnanti, educatori, psicologi, assistenti sociali ecc, oltre che i medici di varie specialità (fisiatra, geriatra, neuropsichiatra infantile ecc). È praticamente consolidato (sottolineato dalle Linee Guida di varie Società Scientifiche) che la prescrizione di ausili coinvolge un'intera equipe. Ognuna di questa figura professionale dovrà partecipare con le proprie specifiche professionali.
- controlli severi sull'erogazione ed autorizzazione degli ausili senza lasciarsi prendere dall'assistenzialismo e dalla carità; compito questo del Medico addetto, che deve avere, nel rispetto della legge, la facoltà di accettare o respingere le varie proposte che arrivano al suo giudizio, motivando l'eventuale rifiuto, ed inoltre deve avere la possibilità di richiedere controlli specialistici incrociati su proposte non convincenti.

Il vantaggio fondamentale consiste in riduzione dei costi a carico della collettività. L'attuarle o meno è una decisione politica ed è praticabile nel nostro quadro legislativo.

7. Strumenti di lavoro

Tutta l'assistenza protesica si svolge secondo normative e modalità previste dal D.M 27.08.1999 nr. 332 e della delibera della G.P. di Bolzano nr. 965, del 27.03.2000, con la quale sono stati fissati i criteri relativi all'assistenza protesica in provincia di Bolzano.

L'art.2 del D.M.27.08.1999, n. 332 stabilisce gli aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica:

- 1) Il cittadino, riconosciuto invalido civile, di guerra e per servizio, i privi della vista e i sordomuti indicati rispettivamente dagli articoli 6-7 della legge 2 aprile 1968, n. 482, nonché i minori di anni 18 che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione, di un'invalidità permanente;
- 2) gli istanti in attesa di accertamento che si trovino nelle condizioni previste dall'art.1 della legge 11 febbraio 1980, n.18;
- 3) gli istanti in attesa di riconoscimento cui, in seguito all'accertamento sanitario effettuato dalla commissione medica dell'Azienda U.S.L., sia stata riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo;
- 4) gli istanti in attesa di accertamento entero-urostomizzati, larigectomizzati, tracheotomizzati o amputati di arto, le donne che abbiano subito un intervento di mastectomia ed i soggetti che abbiano subito un intervento demolitore sull'occhio, previa presentazione di certificazione medica;
- 5) i ricoverati in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, per i quali il medico responsabile dell'unità operativa certifichi la contestuale necessità e urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo, a fronte di una menomazione grave e permanente. Contestualmente alla fornitura della protesi o dell'ortesi deve essere avviata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità. (D.M.27.08.1999, n. 332).

Qualora l'assistito scelga un tipo o un modello di dispositivo non incluso nel nomenclatore allegato al presente regolamento, ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, per omogeneità funzionale, a quello prescritto ai sensi dell'art. 4, comma 2, l'Azienda U.S.L. di competenza autorizza la fornitura e corrisponde al fornitore una enumerazione non superiore alla tariffa applicata o al prezzo determinato dalla stessa Azienda per il dispositivo incluso nel nomenclatore e corrispondente a quello erogato (art.1 comma 5 del D.M. 27.08.1999, n.332).

Il collaudo (Delibera della Giunta Provinciale 19 settembre 2005, n.3473; parte prima art.2, comma 1) dei dispositivi, così come definito dall'art. 4, comma 10, del D.M., viene effettuato dallo specialista o dalla specialista che ha effettuato la prescrizione o dalla sua unità operativa. L'Azienda competente può incaricare del collaudo l'ufficio invalidi e avvalersi della collaborazione di professionisti. Il collaudo a domicilio deve essere effettuato esclusivamente per gli assistiti non deambulanti o per dispositivi difficilmente trasportabili o di grosse dimensioni.

L'Alto Adige in base ad una norma provinciale (Delibera della Giunta Provinciale 19 settembre 2005, n.3473; parte terza art.18), stabilisce la fornitura straordinaria di ausili nei seguenti casi:

- 1) le forniture straordinarie di dispositivi riguardano dispositivi protesici, ausili tecnici ed apparecchi non previsti negli elenchi 1,2, 3 di cui al decreto ministeriale, non riconducibili a gli stessi, ma indispensabili per realizzare il recupero funzionale e sociale altrimenti non raggiungibile.
- 2) Non sono erogabili quali dispositivi straordinari: A) gli oggetti di uso comune nella normale vita quotidiana; B) le apparecchiature diagnostiche; C) gli ausili e le apparecchiature che la persona assistita può fruire presso centri di riabilitazione, salvo il caso di assistiti che, per la gravità della loro condizione, siano costretti ad una permanente assistenza a domicilio; D) gli ausili e le apparecchiature la cui fornitura è già prevista da specifiche norme in materia.

Le spese fino a 100,00 euro sono a carico della persona assistita. In aggiunta, sugli importi superiori, è a carico della persona assistita la quota del 10% della spesa autorizzata eccedente i 100,0 euro (Delibera della Giunta Provinciale 19 settembre 2005, n.3473; parte terza art.21).

Questa disposizione è stata introdotta nel 2002, prima tutta la spesa era a carico della provincia.

Il cittadino ha la possibilità di, in caso di diniego del presidio, da parte del medico dell'A.S.L. di fare ricorso ad una commissione ricorsi (Delibera della Giunta Provinciale 19 settembre 2005, n.3473; parte prima art.11) provinciale, che esaminerà nuovamente l'autorizzazione. La giunta provinciale nomina una commissione ricorsi che ha il compito di decidere in merito ad eventuali ricorsi anche a tutela degli assistiti e di vigilare che le aziende fornitrici rispettino quanto dichiarato in sede di accordo provinciale. La commissione è composta da tre membri, tra cui il direttore o la direttrice d'ufficio in qualità di presidente, un medico con comprovata esperienza in sanità pubblica, programmazione ed organizzazione sanitaria, e un medico specialista o un tecnico o terapeuta della riabilitazione della disciplina oggetto del ricorso. La segreteria è affidata ad un funzionario della ripartizione provinciale Sanità.

Le eventuali riparazioni di ausili, non previsti nel nomenclatore tariffario vengono autorizzate sempre in regime extratariffario.

8. Bibliografia

- Andrich R: *Ausili per l'autonomia*. Milano: Pro Juventute, 1988
- Andrich R: *Concetti generali sugli ausili*. Milano: Portale SIVA, 2007
- Cembrani, F: *Il ruolo della Medicina Legale nella tutela Assistenziale degli invalidi civili*. Trento: Provincia Autonoma di Trento Assessorato alla Sanità e Attività Sociali, 1991
- Ferrario M: *Imparando a cambiare: esperienze per un'altra autonomia*. Milano: Pro Juventute, 1992
- Huriet C: *Criteri e metodologie per la valutazione tecnica e funzionale*. In: Andrich R (Ed.): *Ausili per l'autonomia* (pg 434-450). Milano: Pro Juventute, 1988
- Macchiarelli L, Feola T: *Medicina Legale II edizione*. Torino: Minerva Medica, 2005
- Malcontenti R, Calmiere C: *Lezioni di Medicina Sociale e delle Assicurazioni*. Milano: Giuffrè, 2001.
- Martini M, Scorretti C: *L'invalidità civile*. Parma: Noceto, 1991.
- Münzenberg J K: *La scarpa ortopedica-Indicazioni e Prescrizioni* (Edizione Italiana a cura di Vigano R). Milano: Ghedini, 1985
- Rabaioli-Fischer B: *Coping. Die psychische Bewältigung chronischer Krankheiten*. In: Sulz S K D (Ed.): *Das Therapiebuch*. München: CIP Medien, 1996
- *Relazione Sanitaria Provinciale: Osservatorio epidemiologico 2003*. Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige, Ripartizione Sanità
- *Relazione Sanitaria Provinciale: Osservatorio epidemiologico 2004*. Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige, Ripartizione Sanità
- *Relazione Sanitaria Provinciale: Osservatorio epidemiologico 2005*. Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige, Ripartizione Sanità
- *Relazione Sanitaria Provinciale: Osservatorio epidemiologico 2006*. Provincia Autonoma di Bolzano-Alto Adige, Ripartizione Sanità

Riferimenti normativi

- Legge 104/92: Legge quadro per l'assistenza, l'integrazione sociale e i diritti delle persone handicappate.
- Decreto legislativo 19 giugno 1999, n.229: Norme per la razionalizzazione del Servizio sanitario nazionale, a norma dell'articolo 1 della legge 30 novembre 1998, n. 419", e successivi.
- Decreto Ministeriale 27 agosto 1999, nr. 332: Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 27 marzo 2000 n. 965.
- Delibera della Giunta Provinciale di Bolzano, 19 settembre 2005, n. 3473: Criteri riguardanti l'assistenza protesica e revoca della delibera n. 3770 del 27 ottobre 2003.