



Università Cattolica del Sacro Cuore
Facoltà di Scienze della Formazione
Milano



Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS
Polo Tecnologico
Milano

Corso di Perfezionamento
**Tecnologie per l'autonomia
e l'integrazione sociale delle persone disabili**
Anno Accademico 2007/2008

La prescrizione di ausili : momento terapeutico o momento burocratico?

Come dovrebbe essere, come è vista dall'utente, come è usata la prescrizione di ausili

CANDIDATO: Rosalia Chendi

Tipo di elaborato: Unità didattica

Abstract. *L'unità didattica descrive il ruolo delle protesi, delle ortesi e degli ausili nel percorso riabilitativo del paziente con disabilità. Mette in relazione gli ausili con l'evoluzione del concetto di disabilità partendo dal vecchio ICIDH e arrivando al moderno ICF. Esamina la storia del "Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili" partendo dai riferimenti allo standard ISO 9999 fino alla descrizione delle regole e delle fasi della prescrizione. Racconta l'esperienza quotidiana, soprattutto dal punto di vista dell'utente, e di una particolare realtà territoriale. Evidenzia le criticità e propone soluzioni per semplificare l'iter prescrittivo. L'obiettivo ultimo è quello di migliorare sempre più l'integrazione tra momento terapeutico, vera finalità della prescrizione dell'ausilio, e momento burocratico, pratica necessaria per l'ottenimento dello stesso.*

Target. *L'unità didattica è rivolta a vecchi e nuovi Medici Prescrittori, a Fisioterapisti, a Terapisti occupazionali, a Medici di Medicina Generale, a personale amministrativo ASL, ad Assistenti Sociali.*

Obiettivi didattici. *L'unità didattica ha come obiettivo la formazione e l'aggiornamento di tutte le figure professionali che affiancano le persone con disabilità, ma in particolar modo dei professionisti coinvolti a vario titolo nel percorso di prescrizione, fornitura e utilizzo di ausili. Conoscendo bene le regole della prescrizione e attuando una corretta integrazione tra i diversi momenti, terapeutico e burocratico, i discenti potranno accompagnare l'utente verso una dotazione di ausili adeguata alle sue esigenze cliniche, rispondendo anche al criterio di appropriatezza, tanto evocato in ogni scelta clinica.*

**Direttore del corso:
Responsabile Tecnico Scientifico**

**Prof. Giuseppe Vico
Ing Renzo Andrich**

Premessa

“Le attività sanitarie di riabilitazione, a eccezione di quelle di semplice terapia fisica strumentale per disabilità minimali, segmentarie e/o transitorie richiedono obbligatoriamente la presa in carico globale della persona mediante la predisposizione di un progetto riabilitativo individuale e la sua realizzazione mediante uno o più programmi riabilitativi” (Linee-guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione, 1998).

“Si definisce progetto riabilitativo individuale l’insieme di proposizioni, elaborate dall’équipe riabilitativa, coordinata dal medico responsabile” (idem).

“All’interno del progetto riabilitativo, il “programma riabilitativo” definisce le aree di intervento specifiche, gli obiettivi a breve termine, i tempi e le modalità di erogazione degli interventi, gli operatori coinvolti, la verifica degli interventi” (idem).

All’interno delle stesse Linee-guida veniva già identificata nelle strutture di riabilitazione intensiva ed estensiva la seguente funzione: *“prescrizione, collaudo degli ausili, delle protesi e delle ortesi forniti nell’ambito del nomenclatore tariffario e verifica della efficacia e dell’efficienza del servizio di fornitura”*. Ci si riferiva al D.M. 28 dicembre 1992, poi sostituito dal D.M. 27 agosto 1999 n° 332 (Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell’ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe), cioè il nomenclatore tariffario in uso.

Nella DGR 19883 del 16 dicembre 2004 la Regione Lombardia nel “Riordino della rete delle attività di riabilitazione” sottolinea l’importanza della presenza di un **Progetto Riabilitativo Individuale** (PRI) e di un **programma riabilitativo individuale** (pri) come requisito organizzativo di accreditamento di nuova introduzione. Ricalca quindi quanto già sostenuto nelle Linee-guida della Riabilitazione a livello nazionale.

La prescrizione di ausili è diventata infatti una componente della terapia riabilitativa e degli interventi di reinserimento del paziente a domicilio o in altro ambiente che lo accolga con la sua disabilità.

D’altronde l’Assistenza Protesica veniva già ritenuta “essenziale” per le condizioni di disabilità all’interno del decreto sui Livelli Essenziali di Assistenza DPCM 29 novembre 2001 “Definizione dei livelli essenziali di assistenza” (ben identificata al punto F del Livello di Assistenza Distrettuale come “fornitura di protesi e ausili a favore di disabili fisici, psichici e sensoriali”).

Tale decreto è stato recepito dalla Regione Lombardia con DGR n. 8077 del 18 febbraio 2002 e confermato nella recente DGR n. 8/3111 del 1 agosto 2006. La valutazione protesica rimane infatti inclusa nei LEA con criterio di appropriatezza (allegato 2B), è ritenuta componente essenziale del progetto riabilitativo con criterio di prescrivibilità dei LEA e deve essere documentata nella cartella riabilitativa come vincolo per l’erogazione.

Al momento siamo in attesa di un nuovo DPCM (già in itinere con il precedente Governo ma non ritenuto valido dal Governo attuale) che regoli i LEA e che produca un nuovo e aggiornato Nomenclatore Tariffario che si avvicini con le nuove opportunità tecnologiche alle molteplici e complesse esigenze delle persone disabili.

1. Gli ausili

1.1 Definizione

La parola “ausilio” deriva dal termine latino “auxilium”, che significa aiuto. L’ausilio è quindi qualcosa che aiuta in una condizione di difficoltà.

Nel campo della disabilità si definiscono “ausili” le tecnologie specializzate per superare le barriere all’accessibilità o per compensare determinate limitazioni funzionali di una persona al fine di facilitare o rendere possibili determinate attività della vita quotidiana. Sono “ausili” le idee, gli accorgimenti, le attrezzature, le apparecchiature che consentono alla persona disabile di attivare o potenziare un percorso di autonomia (Andrich, 2007).

“Ambiente accessibile più Ausili tecnici più Assistenza personale definiscono l’Autonomia, cioè la capacità di progettare la propria vita, di entrare in relazione con gli altri, con gli altri partecipare alla costruzione della società” (Andrich, 2008). Le tecnologie assistive hanno una grande ambizione: consentire alla persona in difficoltà di mantenere le relazioni con sé, con gli altri e con l’ambiente, di migliorare la propria autonomia e la qualità di vita.

Gli ausili sottostanno a norme nazionali e internazionali condivise.

1.2 Lo Standard Internazionale En ISO 9999: 2007

Lo Standard Internazionale EN ISO 9999 è la norma europea del 1998 che definisce l’ausilio come *“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 menomazioni, limitazioni nelle attività o ostacoli alla partecipazione”*.

A questo Standard Internazionale si riferisce il “Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili” contenuto nel Decreto Ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999 e utilizzato attualmente. Tale D.M. è da considerare ormai vecchio nel tempo e inadeguato nei contenuti. E’ una revisione del precedente D.M. 28 dicembre 1992. Da tempo si sta studiando un nuovo Nomenclatore Tariffario (ad un passo dalla traduzione legislativa nel 2008 ma poi non approvato dal nuovo Governo).

Si spera che diventi presto disponibile per rispondere alle esigenze dei disabili attraverso le nuove tecnologie assistive, che appaiono più ampie e lungimiranti rispetto alle difficoltà di adattamento dei percorsi legislativi.

Lo Standard Internazionale in uso prevede la Classificazione degli Ausili in Classi, ognuna delle quali si suddivide in Sottoclassi e queste a loro volta in Divisioni:

- *“Classe” e “Sottoclasse” esprimono criteri prevalentemente funzionali (obiettivi dell’ausilio)*
- *“Divisione” esprime i criteri prevalentemente merceologici (tipologia di ausilio).*

Le Classi di Ausili secondo lo Standard ISO 9999:1998 sono

- *04 ausili per la 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 la casa o altri edifici*
- *22 ausili per 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*

(ISO 9999:2007; Larcán, 2007).

Nel Nomenclatore tariffario in uso viene riportata la descrizione degli ausili tecnici per persone disabili mettendo a confronto le Famiglie di ausili secondo il Nomenclatore tariffario ex D.M.

28.12.92 e le Classi di ausili corrispondenti secondo la Classificazione ISO 9999:1998 approvata come norma europea EN ISO 9999. Lo Standard ISO 9999 è stato revisionato nel 2002 e poi ancora nel 2007.

1.3 Il “Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili”

Il D.M. del 27 agosto 1999 n° 332 descrive il “Nomenclatore tariffario delle protesi e degli ausili”. Il nomenclatore tariffario è lo strumento legislativo che in Italia regola la prescrivibilità di tutti i dispositivi concessi dal Servizio Sanitario Nazionale e ora dal Servizio Sanitario Regionale (dopo la delega della materia sanitaria alle Regioni con la Modifica del titolo V° della Costituzione – Legge 3/2001). Il Nomenclatore Tariffario indica gli utenti che hanno diritto alla prescrizione, le modalità e i limiti della prescrizione stessa.

Il “Nomenclatore tariffario”:

- Codifica le protesi, le ortesi e gli ausili secondo la codifica dello standard ISO 9999 (versione 1998)
- Stabilisce quali sono gli utenti che possono usufruire dell’assistenza protesica erogata dal SSN/SSR
- Descrive le procedure, le modalità e i limiti di erogazione delle protesi, delle ortesi e degli ausili
- Definisce il compito dei vari professionisti che intervengono nel percorso protesico
- Stabilisce i costi delle varie prestazioni e le modalità di autorizzazione alla spesa

1.4 Ortesi, Protesi, Ausili e...Presidi

All’interno della Classificazione ISO è opportuno precisare due termini molto utilizzati in campo riabilitativo e con i quali si fa spesso confusione. Sono i termini di Ortesi e di Protesi, che sono accomunati in genere nel termine “presidi” e che si usano anche in maniera indistinta e scorretta da quello di “ausili”.

Le Ortesi sono dispositivi applicati esternamente al corpo per modificare le caratteristiche strutturali e funzionali degli apparati neuromuscolare e scheletrico, cioè per aumentare, migliorare o controllare la funzionalità di parti del corpo presenti, ma compromesse. Sono un esempio le calzature ortopediche.

Le Protesi sono dispositivi applicati esternamente al corpo per sostituire completamente o parzialmente una parte mancante o danneggiata del corpo. Ne è un esempio la protesi per amputazione, congenita o acquisita, di una parte di arto, ma anche la protesi mammaria esterna dopo una mastectomia. Lo scopo è il compenso anatomico, sempre con un obiettivo di funzionalità e senza trascurare l’importanza della componente estetica e psicologica, fondamentale all’integrità del vissuto corporeo e dello schema di sé della persona amputata.

Gli Ausili sono dispositivi non applicati al corpo che possono consentire attività perse o compromesse, come ad esempio il deambulatore o la carrozzina che consentono trasferimenti su brevi o lunghi percorsi.

Mentre le Ortesi e le Protesi sono “*prodotti finalizzati al recupero della funzione*”, gli Ausili sono “*prodotti finalizzati allo svolgimento di specifiche attività*” (Andrich, 1996). I primi sono specifici per una data funzione e possono essere costruiti in serie o su misura. I secondi sono oggetti inventati per svolgere una specifica attività o possono essere anche oggetti di uso comune che si trasformano in oggetti “speciali”, essenziali per compensare o superare una qualche disabilità.

Si differenziano anche in base al tipo di valutazione. “*Le protesi e le ortesi richiedono valutazioni prevalentemente mediche e funzionali finalizzate ad evidenziare clinicamente deficit di funzione e menomazione; gli ausili necessitano invece, oltre alle valutazioni mediche e funzionali, di svariate valutazioni di tipo tecnico-ambientale, familiare, sociale, psicologico, motivazionale*” (Andrich, 1996).

Varie figure professionali possono intervenire nella prescrizione di Ortesi, Protesi e Ausili (medici, terapisti, tecnici) ma “*la prescrizione è solo la tappa finale di un processo composto da più fasi, che si inserisce nell’ambito di un progetto riabilitativo più ampio e personalizzato*” e “*per questo motivo si*

può sicuramente affermare che non esistono corrispondenze tra ausilio e patologia e che non esiste quindi una soluzione unica e uguale, adeguata a tutti i soggetti” (Larcan, 2007). L’obiettivo finale è dotare il malato dell’oggetto adeguato a superare la sua disabilità e a migliorare la sua qualità di vita.

1.5 Disabilità e ICF

Nel contesto delle terminologie della cosiddetta “materia protesica” e all’interno della Classificazione ISO 9999 sono recepite le indicazioni dell’OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) riguardo al concetto di Disabilità e alla sua evoluzione dalla ICIDH (*International Classification of Impairment, Disability, Handicap*, ossia Classificazione Internazionale delle Menomazioni, Disabilità, Handicap) del 1980 verso il Modello bio-psico-sociale dell’ICF (*International Classification of Functioning, Disability and Health*, ossia Classificazione Internazionale del Funzionamento, Disabilità e Salute) descritto dall’OMS nel 2001. Con quest’ultimo strumento vengono classificati il funzionamento e la disabilità associati alle condizioni di salute.

Le informazioni fornite dall’ICF sono una descrizione delle situazioni che riguardano il funzionamento umano e le sue restrizioni, e la classificazione serve da modello di riferimento per l’organizzazione di queste informazioni, strutturandole in modo significativo, interrelato e facilmente accessibile. L’ICF organizza le informazioni in due parti. La Parte 1 si occupa di Funzionamento e Disabilità, mentre la Parte 2 riguarda i Fattori Contestuali. Ogni parte è composta da due componenti:

1 - Componenti del Funzionamento e della Disabilità.

La Componente del Corpo comprende due classificazioni, una per le funzioni dei sistemi corporei e una per le strutture corporee....

La Componente di Attività e Partecipazione comprende la gamma completa dei domini che indicano gli aspetti del funzionamento da una prospettiva sia individuale che sociale.

2 – Componenti dei Fattori Contestuali.

La prima componente dei Fattori Contestuali è un elenco di Fattori Ambientali. I fattori ambientali hanno un impatto su tutte le componenti del funzionamento e della disabilità e sono organizzati secondo un ordine che va dall’ambiente più vicino alla persona a quello più generale.

Anche i Fattori Personali sono una componente dei Fattori Contestuali, ma non sono classificati nell’ICF a causa della grande variabilità sociale e culturale ad essi associata....(ICF, Edizione Italiana 2002).

“Disabilità è il termine ombrello per menomazioni, limitazioni delle attività e restrizioni della (alla) partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell’interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell’individuo (fattori ambientali e personali)” (OMS, 2001, pag. 168).

Per l’ICF la disabilità è quindi la condizione in cui una menomazione di struttura o funzione, in un dato ambiente e per una data persona, compromette la capacità di compiere una attività e riduce il grado di partecipazione all’attività. La Disabilità è vista come un fenomeno multidimensionale, risultante dall’interazione di molteplici fattori.

Fra i fattori contestuali si distinguono i fattori ambientali, che costituiscono gli atteggiamenti, l’ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono. I fattori ambientali possono essere distinti in fattori individuali (casa, luogo di lavoro, scuola) e fattori sociali (servizi, leggi, regolamenti, atteggiamenti, ideologia).

E’ importante definire anche il concetto di *attività e di partecipazione* secondo l’ICF. **Attività** è definita come *“l’esecuzione di un’azione o di un compito da parte dell’individuo”* e **partecipazione** è *“il coinvolgimento in una situazione di vita”* (OMS, 2001, pag. 168).

Così pure vengono definite limitazioni delle attività *“le difficoltà che un individuo può incontrare nell’eseguire delle attività”* e restrizioni della partecipazione sono *“i problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento delle situazioni di vita”* (OMS, 2001, pag. 168).

I cosiddetti *qualificatori di capacità e di performance*, relativamente ai fattori ambientali, sono indicativi rispettivamente della capacità di eseguire compiti in un ambiente standard, riflettendo quindi l’abilità dell’individuo adattata all’ambiente, e di eseguire compiti nell’ambiente attuale, introducendo quindi l’aspetto del coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita.

L'ICF non è una classificazione delle persone, ma una classificazione delle caratteristiche della salute delle persone all'interno del contesto delle loro situazioni di vita individuali e degli impatti ambientali. Può contribuire ad identificare le criticità e ad individuare gli interventi che possono migliorare i livelli di partecipazione delle persone con disabilità. Significa poter eliminare i fattori negativi (barriere) o proporre mezzi positivi (facilitatori) per raggiungere quello scopo (Larcan, 2007).

Dal vecchio modello degli anni '80, si passa quindi nel 2001 ad un modello nuovo che prende in considerazione le "limitazioni nelle attività" e gli "ostacoli alla partecipazione" sottolineando l'importanza dell'ausilio nel processo di superamento della condizione di disabilità. Il termine "handicap" scompare, anche se occorre ricordare che tale termine, che dovrebbe essere abolito quando si parla di disabilità, è ancora presente nella legislazione italiana e straniera. L'evoluzione dei concetti riguardanti la disabilità non ha ancora raggiunto tutti i livelli della nostra società e richiede ancora un grande lavoro di tipo informativo e formativo, oltre che culturale.

1.6 Classificazione degli ausili secondo i codici dei fattori ambientali ICF

La Classificazione ICF considera gli ausili all'interno dei Fattori ambientali (Capitolo 1 – Prodotti e Tecnologia) che a loro volta sono compresi nella Parte 2 (Fattori contestuali) della Classificazione. Il qualificatore dei Fattori ambientali è su scala negativa e positiva ed indica appunto il grado in cui un fattore ambientale rappresenti rispettivamente una barriera o un facilitatore. Nel sistema alfanumerico utilizzato da ICF i Fattori ambientali sono contraddistinti dalla lettera "e".

Gli ausili vengono messi in relazione con le componenti Attività e Partecipazione della persona disabile e vengono valutati con due qualificatori, Capacità e Performance, dove la prima rappresenta l'abilità in una situazione standard senza l'influenza di fattori ambientali e la seconda la stessa abilità in una situazione di vita. Così è possibile comprendere come gli ausili possano influire su una abilità e, migliorando la performance, portare a una rimozione o ad un miglioramento delle condizioni di disabilità. Nel sistema alfanumerico dell'ICF la componente Attività e Partecipazione è contraddistinta dalla lettera "d".

"Dato che il qualificatore performance si rivolge all'ambiente attuale dell'individuo, la presenza degli ausili, personale di assistenza o barriere, può essere direttamente osservata. La natura del facilitatore o della barriera può essere descritta attraverso la classificazione dei Fattori ambientali" (OMS, 2001, pag.181).

La lettura della codifica alfanumerica delle componenti ICF consentirà di cogliere se l'intervento di un fattore esterno come un ausilio avrà influenzato il livello di disabilità.

1.7 Futuro

Ma questo è ciò che avverrà quando si utilizzerà regolarmente il sistema ICF, sia per la classificazione della condizione di disabilità che per la valutazione della necessità di un ausilio per migliorare la performance di un paziente.

Fino ad ora la Classificazione ICF ha avuto una enorme importanza culturale in campo riabilitativo e ha posto le basi per una nuova visione della disabilità, più ampia e non legata alla patologia che la determina come è avvenuto fino agli anni '80.

Finalmente nella condizione di disabilità si prende in considerazione la persona nella sua globalità e nel suo rapporto con l'ambiente.

E in questa evoluzione qual è il rapporto del paziente con l'ausilio? Quale quello del professionista, medico o fisioterapista?

Rispetto ad altri Paesi, la società italiana ha accettato con ritardo l'introduzione degli ausili a supporto della disabilità a causa di una altrettanto difficile e lenta maturazione del processo di integrazione del disabile nella società, pur avendo da decenni adeguate leggi per il superamento dell'handicap, ora chiamato disabilità o diversa abilità. L'accettazione dell'ausilio è solo una tappa nel lungo percorso di integrazione in ogni ambito della società. L'abbattimento delle barriere architettoniche ne è un esempio. Le leggi in argomento sono buone leggi, ma fa difetto la loro applicazione concreta, probabilmente determinata da una ancora scarsa considerazione della disabilità.

E quindi quale è la realtà attuale? Come avviene la valutazione della necessità di un ausilio? Chi ha diritto alla fornitura? Come si svolge una prescrizione? Qual è il suo percorso? Quali sono i tempi e le

modalità di tale percorso? Prima di tutto occorre conoscere bene lo strumento che consente e regola tutto il processo di prescrizione.

2. Il Regolamento del Nomenclatore Tariffario delle Protesi e degli Ausili

In questo capitolo si descrivono i principali articoli del Regolamento del Nomenclatore Tariffario attualmente valido incluso nel D.M. n. 332 del 27 agosto 1999.

Nell'**Art. 1** del Regolamento per le Prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN/SSR sono descritti gli Elenchi dei dispositivi che si possono prescrivere:

- **Elenco n. 1:** contiene i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato su prescrizione di un medico specialista ed un successivo collaudo da parte dello stesso.
- **Elenco n. 2:** contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento di tecnico abilitato.
- **Elenco n. 3:** contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle Aziende Sanitarie Locali ed assegnati in uso
- E' possibile la fornitura di un tipo o di un modello di dispositivo non incluso nel Nomenclatore, ma **riconducibile** a quelli previsti dallo stesso nomenclatore per omogeneità funzionale; viene corrisposta al fornitore una remunerazione non superiore alla tariffa applicata (l'eventuale restante parte è a carico dell'utente)
- In casi particolari, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, l'ASL può autorizzare la fornitura di dispositivi non inclusi negli elenchi del Nomenclatore.

Nell'**Art. 2** sono descritti gli Aveni diritto alle prestazioni di assistenza protesica:

- gli Invalidi Civili, di guerra e per servizio, i privi di vista e i sordomuti (secondo le rispettive normative sulla Invalidità Civile e di altra natura e sulle disabilità sensoriali), nonché i minori di età inferiore ai 18 anni
- gli istanti in attesa di accertamento sanitario per l'Invalidità Civile che si trovino nelle condizioni di non autosufficienza
- gli istanti in attesa di riconoscimento dell'Invalidità Civile ai quali, a seguito di accertamento da parte della Commissione Medica ASL, si sia riscontrata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore a un terzo
- i ricoverati in struttura sanitaria, pubblica o privata convenzionata, in cui si verifichi la condizione di necessità e urgenza di un ausilio per menomazione grave, purchè venga avviata contestualmente la procedura di riconoscimento dell'Invalidità
- agli Invalidi del Lavoro gli ausili sono erogati dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL).

Nell'**Art. 3** sono descritte le norme per i Fornitori e i tecnici abilitati.

Nell'**Art. 4** sono descritte le Modalità di erogazione e tutte le fasi: prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo. La Prescrizione deve comprendere

- una diagnosi circostanziata relativa alla disabilità in questione,
- l'indicazione del dispositivo protesico, ortesico o dell'ausilio, completa del codice identificativo riportato nel nomenclatore, e l'indicazione degli eventuali adattamenti necessari per la sua personalizzazione,
- un programma terapeutico di utilizzo del dispositivo con il significato terapeutico e riabilitativo, le modalità, i limiti e la prevedibile durata di impiego del dispositivo, le possibili controindicazioni, le modalità di verifica del dispositivo in relazione all'andamento del programma terapeutico,
- l'autorizzazione alla fornitura del dispositivo da parte della ASL di residenza dell'assistito previa verifica dello stato di avente diritto del richiedente, della corrispondenza tra la prescrizione medica e i dispositivi codificati del nomenclatore, nonché, nel caso di forniture

successive alla prima (“rinnovi”), del rispetto delle modalità e dei tempi di rinnovo; sono stabiliti i tempi minimi di rinnovo dell’erogazione dall’ Art 5;

- la possibilità di prescrivere ausili in condizioni di necessità e urgenza in situazione di ricovero ospedaliero anche in strutture ubicate fuori dall’ASL di residenza dell’assistito,
- il collaudo che accerta la congruenza clinica e la rispondenza del dispositivo ai termini dell’autorizzazione ed è effettuato dallo specialista prescrittore nei termini di venti giorni dalla data di consegna, tempo che per problemi organizzativi raramente è rispettato.

La fornitura avviene nei termini prescritti e i prezzi sono quelli stabiliti per il nomenclatore o determinati da procedure pubbliche di acquisto. I fornitori sono tenuti a garantire la perfetta funzionalità dei dispositivi protesici per la durata della garanzia prevista dal nomenclatore.

Nel caso in cui al collaudo il dispositivo non risulti rispondente alla prescrizione il fornitore è tenuto ad apportare le opportune variazioni. Sono esclusi dal collaudo i dispositivi monouso.

I dispositivi protesici degli **Elenchi 1 e 2** del nomenclatore si intendono ceduti in proprietà all’assistito. Per molti ausili è prevista la possibilità di riutilizzo allo scopo di conseguire economie di gestione con l’obbligo per l’azienda cedente di garantire la perfetta funzionalità e sicurezza dei dispositivi.

Per gli ausili dell’ **Elenco 3** l’ASL rimane proprietaria degli apparecchi (es. per ventiloterapia) e provvede alla perfetta funzionalità e alla sicurezza.

E’ possibile prescrivere **dispositivi di riserva** in alcune particolari condizioni: amputazione bilaterale di arto superiore o monolaterale e bilaterale di arto inferiore.

3. La prescrizione di ausili, così come è oggi

E’ utile conoscere tutte le fasi della Prescrizione, i diversi momenti clinici e amministrativi. Si tratta di un vero e proprio “**percorso**”, termine sempre più usato in campo riabilitativo e che sottintende una condizione di integrazione e di rete di servizi e di trattamenti (Linee-guida dl Ministero della Sanità per le attività di riabilitazione, 1998).

3.1 Le Fasi del percorso di Prescrizione

- Accesso al medico prescrittore (esiste un Elenco di Prescrittori presso ogni Azienda Sanitaria con diversa competenza specialistica e quindi anche prescrittiva)
- **Individuazione del bisogno clinico-funzionale**
- Compilazione del **Modello 03** (codifica Nomenclatore tariffario) in copia multipla
- Compilazione del **Programma terapeutico**
- Acquisizione di un **Preventivo tecnico** da parte del fornitore, ad eccezione degli ausili acquistati dalla ASL con gara d’appalto
- **Autorizzazione ASL** alla spesa (e verifica amministrativa)
- **Consegna** dell’ausilio
- **Collaudo** dell’ausilio
- Follow up dell’utilizzo dell’ausilio (utile e auspicabile, ma non previsto per legge)

3.1 a Momento clinico

- Individuazione del bisogno del paziente da parte del medico prescrittore e/o del fisioterapista e/o dell’infermiere e/o dell’èquipe riabilitativa che ha in cura il paziente
- Individuazione dell’ausilio adeguato alle esigenze cliniche del paziente
- Valutazione dell’ausilio con il tecnico ortopedico (laddove serve)
- Prova dell’ausilio per verificare la rispondenza al bisogno e il miglioramento della funzionalità (momento non sempre possibile, ma auspicabile)

- Compresenza medico-fisioterapista-tecnico ortopedico per maggiore appropriatezza della prescrizione (momento non sempre possibile, ma auspicabile)

3.1 b Momento amministrativo

- Presentazione di istanza per il riconoscimento di Invalidità Civile, condizione necessaria e fondamentale per ottenere la fornitura di ausili secondo il Nomenclatore Tariffario
- Nei casi di urgenza è accettata la presentazione contestuale della domanda
- Compilazione del Mod. 03 da parte del medico prescrittore (diagnosi e disabilità, descrizione dell'ausilio e corrispondenti codici del Nomenclatore Tariffario) e compilazione del Programma terapeutico (motivazione, funzione e modalità d'uso dell'ausilio)
- Preparazione del Preventivo di costo da parte del tecnico ortopedico sul Mod. 03 o in allegato
- Trasmissione del Mod. 03 all'Ufficio Ausili del Distretto Sanitario per l'Autorizzazione ASL
- Fornitura dell'ausilio da parte del Magazzino ASL laddove istituito (per ausili standard da gara d'appalto) oppure Fornitura dell'ausilio da parte del tecnico ortopedico per ausili particolari o personalizzati
- Collaudo dell'ausilio da parte del medico prescrittore

3.1 c Il problema del Follow up dell'uso dell'ausilio

Il follow up non è codificato per legge, ma molte ASL hanno istituito modalità di verifica nel tempo, soprattutto per quanto riguarda alcuni "grandi ausili", come carrozzine elettriche, sollevatori e montascale, che notoriamente sono gli ausili con più facile "abbandono", cioè con più difficile utilizzo per complessità dell'ausilio stesso.

Nella ASL di Varese, per esempio, sono state avviate modalità di monitoraggio per valutare l'uso di questo tipo di ausili, per modalità e frequenza d'uso. Per i montascale è istituito un regolare monitoraggio: a sei mesi dalla consegna e successivamente una volta all'anno.

Per i sollevatori è in corso una valutazione con questionario per rilevare gli eventuali problemi di uso: assenza di un adeguato care giver, difficoltà di gestione per complessità di guida, esagerato ingombro dell'ausilio rispetto agli spazi ristretti di casa e altro ancora.

Tutti questi elementi del contesto sociale e ambientale non sempre possono essere presi in considerazione all'inizio del percorso della prescrizione protesica, soprattutto quando si definisce un bisogno o un desiderio che non viene confrontato con la famiglia e con l'ambiente (possibile e adeguata solo con una valutazione al domicilio). Per esempio una valutazione effettuata durante un ricovero potrà avere diverso significato e indicazione inadeguata rispetto a una valutazione svolta al domicilio o differita nel tempo. Il fattore ambientale diventerà un elemento fondamentale di valutazione con la modalità di approccio ICF alla disabilità e ad ogni momento di trattamento e di prescrizione terapeutica.

3.2 La prescrizione di ausili "nel tempo e nello spazio"

La prescrizione di ausili può avvenire *durante un ricovero ospedaliero*: è il caso dei pazienti in trattamento riabilitativo seguiti dalla Unità Operativa di Recupero e Rieducazione Funzionale nella Degenza riabilitativa dell'Ospedale o negli altri Reparti. Sono pazienti che necessitano di ausili a supporto di una determinata funzionalità raggiunta o ancora modificabile lungo il percorso riabilitativo (bastone canadese, deambulatore, carrozzina...). Così lungo tale percorso può anche diventare necessario sostituire un ausilio con un altro in relazione all'evoluzione della funzionalità.

Oppure si tratta di pazienti ricoverati nei vari reparti, in *programma di dimissione* e non in trattamento riabilitativo, che necessitano di ausili per mantenere un certo grado di livello funzionale raggiunto dopo una malattia o per consentire una adeguata cura al domicilio a sostegno del malato e del care giver. In tutte le ASL sono stati concordati dei Protocolli per la Dimissione protetta dagli ospedali per pazienti con grave disabilità e con necessità di elevata assistenza. Nei protocolli, come già nel nomenclatore tariffario, è previsto l'obbligo di prescrivere e di fornire gli ausili necessari per il domicilio alla dimissione del paziente nei casi di evidente bisogno clinico.

La prescrizione di ausili può avvenire **a domicilio per pazienti in trattamento riabilitativo** con disabilità post-acuta o cronica grave in carico all'**ADI** (Assistenza Domiciliare Integrata). Nell'ambito di un progetto riabilitativo individuale al domicilio la prescrizione può costituire una parte del programma riabilitativo, anche se nel nostro territorio il prescrittore non ha rapporto diretto con il paziente che è seguito per il trattamento domiciliare da una struttura "pattante", esterna non necessariamente affiancata da specialista fisiatra. Una convenzione tra ASL (ente deputato all'autorizzazione e al pagamento) e Ospedale (ente deputato alla specialistica) ha consentito fino ad ora la valutazione al domicilio, almeno per i casi complessi. In buona parte dei casi l'indicazione e la richiesta provengono direttamente dal terapeuta della società esterna o dal familiare; in alcuni casi si sono verificati problemi di congruità e di appropriatezza, proprio per il venir meno della integrazione tra le diverse figure competenti.

Oppure può avvenire **a domicilio indipendentemente dall'esistenza di un progetto riabilitativo**: è il caso dei pazienti affetti da patologia con disabilità cronica, stabilizzata, cioè non più modificabile con la riabilitazione. Si tratta in genere di ausili per l'assistenza, ma anche per sostenere un livello minimo di autonomia e per migliorare la qualità della vita. Anche un semplice letto ortopedico prescritto per l'assistenza ma adeguato alle esigenze del paziente può permettere la gestione autonoma della posizione al letto quindi migliorare la qualità della vita.

Nel nostro territorio per la prescrizione di ausili al domicilio e per pazienti non in trattamento riabilitativo i tempi sono senz'altro allungati a causa dei "passaggi" ASL-Prescrittore ambulatoriale-ASL, proprio per il mancato collegamento diretto con il prescrittore. Il percorso è indubbiamente "più accidentato".

La prescrizione di ausili può diventare necessaria **in ambulatorio per pazienti in trattamento con un progetto riabilitativo** e quindi è inserita nel percorso di trattamento come parte del programma riabilitativo stesso. In questo caso i tempi sono in sintonia con il trattamento riabilitativo in corso e i "passaggi" clinici e amministrativi sono in genere facilitati e, spesso o quasi, contemporanei alla terapia.

Può infine verificarsi **in ambulatorio per persone con disabilità stabile e con discreta o buona autonomia**: sono pazienti che necessitano di ausilio, ortesi o protesi per un compenso funzionale indipendentemente da un trattamento riabilitativo (es. evoluzione di un quadro artrosico). Frequente è il caso di un assistito che necessita di un rinnovo-sostituzione di ausilio già in dotazione in quanto deteriorato e non più rispondente alle esigenze cliniche del paziente (es. corsetto dorso-lombare usurato che non sorregge più il tronco e non ha più effetto antalgico). Oppure è il caso della necessità di una rivalutazione protesica per inadeguatezza dell'ausilio fornito in precedenza o per peggioramento della sua funzionalità nel tempo e quindi della necessità di un ausilio diverso dal precedente (es. passaggio da bastone a deambulatore o da deambulatore a carrozzina).

Si possono così riassumere i diversi problemi legati all'una e all'altra condizione: la prescrizione in situazione di ricovero e quella in situazione ambulatoriale.

In una situazione di ricovero si riconoscono i seguenti momenti e problemi:

- I Protocolli di Dimissione protetta concordati tra ospedali e ASL sono poco conosciuti e a volte poco rispettati
- Il generale accorciamento dei tempi di degenza influisce sulla possibilità di avere tempo e modo per poter far intervenire il prescrittore in maniera adeguata, a volte anche là dove è presente in struttura
- La prescrizione di ausili al momento della dimissione è diventata sinonimo di "possibilità di dimissione", una sorta di soluzione di "medicina difensiva" che consente di dimettere il paziente. Ma queste prescrizioni fatte in fretta e furia di "qualcosa" di mal valutato per la mancanza di tempo e di modo si sono rivelate spesso prescrizioni inappropriate con la

necessità a breve di rivedere il caso a domicilio, con doppia spesa di ausili, di risorse umane e di disagio per il malato e i familiari

- Negli ospedali non tutti i Reparti sono dotati di prescrittori e, se ci sono, pochi sono formati all'iter prescrittivo, alla conoscenza degli ausili presenti sul mercato, a riconoscere quali sono prescrivibili e quali sono le possibilità di prescrivibilità extra-tariffario nei casi di patologie gravi o gravissime e con bisogni altamente specifici
- Si tende in genere a lasciare al fisiatra la competenza per la prescrizione di quanto serve per la funzione motoria e il materiale di assistenza ad altri specialisti, in genere internisti o neurologi, per rispondere alle sempre più numerose esigenze.

In una situazione ambulatoriale si riconoscono simili problemi:

- La necessità di reperire una struttura sanitaria con prescrittore ambulatoriale
- La necessità di accedere al prescrittore ambulatoriale, in genere ospedaliero, con relativa impegnativa "mutualistica" del Medico di Medicina Generale per "valutazione protesica"
- Le difficoltà legate ai tempi d'attesa, laddove non c'è un percorso facilitato per gli utenti
- L'obbligo di indirizzare l'utente secondo il proprio bisogno verso la corretta "specialità" del prescrittore, così come richiesto in molte ASL (fisiatra per deficit di mobilità, ortopedico per deficit anatomico-scheletrici, urologo per deficit della funzione urinaria, foniatra per deficit di comunicazione,...) e come suggerito dal nomenclatore
- La scarsa informazione di medici e operatori sanitari sulle tappe e sulle modalità della prescrizione protesica, con conseguente scarsa guida per il paziente e la famiglia

Un problema apparentemente banale ma comune alle due situazioni, ambulatoriale e di ricovero, è la maggiore difficoltà ad ottenere qualche ausilio nel periodo estivo, proprio quando tutte le attività di assistenza subiscono una inflessione, anche a livello di ASL e di magazzini fornitori.

La difficoltà a integrare il lavoro tra ambulatori, ospedali, uffici e magazzino ASL, nonché la chiusura estiva della gran parte dei laboratori e dei negozi dei tecnici ortopedici trasforma spesso in quel periodo la fornitura di un ausilio necessario per l'assistenza in una vera e propria odissea per l'utente e la sua famiglia. In tale situazione viene meno il principio secondo il quale la prescrizione di ausili è un Livello essenziale di assistenza, non un provvedimento opzionale. Spesso è anche "terapia".

Ancora ai giorni nostri si ascoltano opinioni confuse sulle possibilità di prescrizione. Ad es. è pensiero comune di molti medici che sia possibile il rimborso del costo di un ausilio acquistato dall'utente per sua volontà o su consiglio di uno specialista; tale modalità "a posteriori" non è prevista da parte delle ASL. Per contro le ASL sono disponibili ad accettare l'indicazione per ausili particolari e personalizzati e ad acquistarli nei casi di disabilità grave/gravissima, con adeguata motivazione da parte dello specialista, come riportato anche nel Nomenclatore.

E' opportuno diffondere tra medici e operatori sanitari la conoscenza delle altre possibilità esistenti per ottenere ausili speciali o utili al superamento di barriere architettoniche, ad integrazione di quanto offerto dal Nomenclatore tariffario. Ne è un esempio la Legge Regionale 23/1999 della Lombardia (L.R. 6 dicembre 1999 n. 23 "Politiche regionali per la famiglia") per la richiesta di strumenti tecnologicamente avanzati al fine di agevolare l'integrazione ed il reinserimento sociale e professionale delle persone disabili (per speciali computer, speciali comandi o strumenti per particolari modalità di comunicazione). Il computer normale non è più considerato come ausilio in quanto è un oggetto diventato di uso comune quindi presente in quasi tutte le case.

Un altro importante riferimento è la Legge nazionale 13/1989 per l'eliminazione di barriere architettoniche negli edifici privati, che consente di ottenere finanziamenti per progetti di riadattamento ambientale per l'abitazione del disabile. La Legge non è finanziata con regolarità annuale e non si può utilizzare se il progetto è già stato eseguito.

Si tratta di provvedimenti legislativi che contemplano modalità e scadenze ben precise che vanno rispettate ed occorre sapere che essi prevedono solo una copertura parziale della spesa effettuata. Per tali richieste gli utenti devono essere indirizzati agli Uffici dei Servizi Sociali dei Comuni e agli Uffici dei Piani di Zona (secondo la legge 328/2000 – Piani di Zona distrettuali) oppure ai Servizi Disabili delle ASL che sono in grado di fornire tutte le indicazioni al riguardo ed anche altri riferimenti

legislativi utili ai disabili (es. Agevolazioni fiscali per acquisto di prodotti speciali atti a superare la disabilità).

4. Integrazione clinico-amministrativa

I diversi momenti della prescrizione, quello clinico-specialistico di valutazione e quello amministrativo-burocratico per l'autorizzazione alla spesa, sono in genere separati dovendo dipendere da personale appartenente ad Aziende diverse, con compiti diversi, almeno in Lombardia dove si è verificata la separazione tra Aziende Sanitarie con funzione di Programmazione, Acquisto e Controllo e Aziende Ospedaliere che mantengono la funzione di fornire Servizi Specialistici. Esistono però sul territorio nazionale esperienze di integrazione.

In genere il paziente deve “cercare” un prescrittore tramite un appuntamento in struttura ospedaliera pubblica o in struttura privata accreditata nella quale sia presente un prescrittore. Non in tutte le strutture accreditate c'è tale possibilità per i pazienti adulti e diverso e più semplice è il percorso per i pazienti minori. E' previsto l'accesso con impegnativa mutualistica per “Valutazione protesica” secondo la dicitura e la codicistica del Tariffario per le prestazioni ambulatoriali (cod. 93.03)

Come già detto, da lì in poi è un alternarsi e un andirivieni tra ospedale, tecnico ortopedico e uffici ASL per percorrere tutto l'iter e bisogna affrontare un nuovo identico tragitto per il collaudo dell'ausilio e quindi per la conclusione della pratica.

Essendo necessari molti passaggi per documentare tutte le competenze e tutte le responsabilità (innumerevoli “carte” e “firme”), la mancanza di integrazione tra le varie parti porta senz'altro ad un percorso non agevole per i pazienti disabili e per i loro familiari, già assillati da una moltitudine di problemi. I commenti negativi dei pazienti riguardo alla complessità delle fasi del percorso sono per i prescrittori una nota di sconforto, ma anche uno stimolo per chiedere alle Dirigenze delle Aziende Sanitarie e delle Aziende Ospedaliere coinvolte di ricercare soluzioni operative che facilitino gli utenti ed anche il lavoro dei prescrittori attraverso protocolli operativi.

4.1 La storia dell'esperienza nella ASL di Varese

Nel tentativo di dare risposta ai problemi sopra menzionati è stata avviata una esperienza nel territorio della ASL di Varese nel 2004. Il primo obiettivo era quello di facilitare gli utenti semplificando il percorso prescrittivo con integrazione tra momento clinico e momento amministrativo. Il secondo obiettivo era quello di migliorare l'appropriatezza delle prescrizioni, avendo rilevato incongruità nelle stesse. Non nascosto, era anche l'obiettivo di contenere la spesa per l'assistenza protesica, che nei primi anni duemila era notevolmente lievitata.

Venne steso un Protocollo, concordato tra ASL Varese e Aziende Ospedaliere della Provincia, che istituiva “Centri Ausili” (da non confondere con i “veri” Centri Ausili” con materiale dimostrativo), dove confluivano le diverse componenti, quella clinica (valutazione-prescrizione) e quella burocratica (impostazione della pratica con Modello 03, contemporanea informazione del paziente sul percorso).

Il prescrittore ospedaliero si recava in un ambulatorio “dedicato” della ASL o viceversa l'infermiere si recava in ospedale per poter incontrare insieme il paziente e affrontare insieme la prescrizione. In qualche territorio distrettuale l'esperienza è decollata, in altri non è riuscita a realizzarsi. Nella nostra esperienza (Area distrettuale di Busto Arsizio – Varese) l'ambulatorio veniva gestito dall'infermiera della ASL addetta all'Ufficio Ausili, con adeguata competenza burocratica e collaudata esperienza tecnica. Con tale modalità si è rivelata utilissima la conoscenza diretta dei casi cronici da parte dell'infermiera già dipendente del Servizio ADI (Assistenza Domiciliare Integrata infermieristica e riabilitativa) e comunque ad esso collegata all'interno del Distretto ASL.

Insomma una condizione privilegiata per la convergenza delle informazioni e il giusto inquadramento del problema clinico, ed anche per avere notizie utili sulla famiglia.

Fattore molto importante era la possibilità di accesso alla “storia protesica” del paziente, elemento fondamentale come tutte le “anamnesi”, tramite documentazione cartacea o con data base informatizzata della ASL. Conoscere tutti gli ausili che il paziente ha usato è un elemento anamnesticamente importante per la valutazione di qualsiasi nuovo bisogno.

Per il breve tempo in cui si è svolta tale esperienza dei Centri Ausili e per il pur ridotto riscontro sul territorio (non è stato possibile attivare l'esperimento su tutto il territorio provinciale, come era intento iniziale) questa integrazione ha dimostrato di rispondere agli obiettivi prefissati.

Laddove ha funzionato bene il Centro Ausili ha reso più veloce il "passaggio delle carte" e facilitato l'iter globale, ma ha anche migliorato l'informazione reciproca, aumentando la competenza tecnica riguardo agli ausili anche da parte del personale amministrativo ASL (con maggiore presa di coscienza delle situazioni di disabilità, che non rimanevano solo "casi clinici di carta") e incrementando la competenza burocratica del prescrittore (nei meandri del percorso amministrativo c'è sempre qualcosa da scoprire che non si conosce a sufficienza).

La ASL ha descritto positivamente quell'esperienza nel primo periodo, anche se poi non è stato possibile proseguirla a lungo per problemi comuni a molte strutture e istituzioni (carenza di risorse e di personale) e comunque per scelte alternative. I primi risultati hanno dimostrato però che quella era una soluzione adeguata per una corretta conduzione della pratica di prescrizione: il diretto collegamento tra Uffici ASL con infermieri e personale addetti e Ospedale dotato di medici prescrittori consentiva di migliorare la comunicazione, di accorciare tempi e modi, di saltare a volte anche qualche passaggio burocratico, di accelerare la consegna di ausili qualora fossero urgenti, di indirizzare meglio alcune richieste educando il paziente e la sua famiglia su come e quanto chiedere.

In quel periodo si era verificato anche un modesto contenimento della spesa per gli ausili, obiettivo sempre più rilevante in tempi di scarsità di risorse. L'Ambulatorio comune dedicato agli ausili aveva consentito di far comprendere ai malati che tutto il "Servizio ausili" aveva una connotazione ben precisa, tanto da riuscire a contenere più facilmente le richieste inopportune oltre i bisogni reali (venivano direttamente "stoppage" dall'infermiera, magari con supporto telefonico diretto da parte del prescrittore). Lo scopo era quindi anche educativo riguardo alle richieste effettuate: in tal modo è stato possibile annullare o far ritirare o modificare alcune richieste perché inopportune o inadeguate rispetto alle condizioni cliniche del paziente oppure perché erano espressione di una cattiva presa in carico da parte della famiglia o del medico di famiglia. Gli utenti si sentivano indubbiamente supportati.

Avendo praticato tale Ambulatorio dei Centri Ausili per circa 4 anni abbiamo potuto verificare il buon livello di soddisfazione dei malati, pur non potendolo valutare e studiare con una *customer satisfaction*. Dal vivo i malati hanno espresso la loro soddisfazione così come hanno trovato tutto di nuovo difficile quando si è dimostrato impossibile proseguire quella esperienza.

I malati sono tornati a vagare tra ospedale e uffici ASL, con gran dispendio di energia da parte di tutti. Si è ovviato a tale carenza con l'istituzione di un ambulatorio protesico in ospedale che non dimenticherà facilmente l'esperienza di integrazione svolta negli anni precedenti.

5. Prospettive

Il noto incremento dei casi di cronicità e di disabilità, oltre che dell'età media della popolazione, fa prevedere un progressivo aumento delle richieste di ausili che, con il venir meno della "integrazione ospedale-territorio" fa intravedere una difficoltà nel controllo delle richieste e un peregrinare di pazienti tra i diversi medici prescrittori "specialisti" (fisiatra per il deficit motorio funzionale, ortopedico per i non precisati deficit motori "ossei", urologo per l'incontinenza, broncopneumologo per il deficit ventilatorio, foniatra per il deficit uditivo, ecc).

Soprattutto si può prevedere una ulteriore frammentazione della disabilità che, se è utile dal punto di vista clinico, non lo è dal punto di vista amministrativo che prevede sempre la stessa tipologia di passaggi burocratici. Questi si presentano molto complessi e non chiari anche a chi dovrebbe dare le prime informazioni al paziente. Ad esempio, il requisito dell'Invalidità Civile per poter accedere alla richiesta di ausili, è ancora un tabù per molti (medici e non) e avviato o troppo presto quando il paziente non ha una disabilità importante o non avviata quando il paziente è già molto grave e occorre prescrivere qualche ausilio con urgenza per il precipitare del quadro motorio e funzionale.

La capacità di riconoscere un quadro clinico ad evoluzione veloce verso la disabilità è una dote premonitrice che si deve basare sulle conoscenze della neurofisiologia, della geriatria, della neurologia, dell'ortopedia e della riabilitazione e che dovrebbe diventare patrimonio comune di tutti i medici, in particolare dei Medici di Medicina Generale, che sono spesso i primi ad avviare il percorso protesico.

Invece la disabilità viene vissuta per anni dalla famiglia e soltanto molto in ritardo si giunge alla richiesta di ausili, protesi e ortesi, quando tutti i compensi e le risorse familiari si sono consumate.

Dall'altro lato si incontrano ancora molti casi considerati "persi" che fanno ricorso ad ausili incongrui (es. letto o carrozzina) quando ancora c'è una possibilità di recupero, per la mancanza di una adeguata valutazione funzionale e un idoneo trattamento riabilitativo, che farebbe cambiare l'evoluzione funzionale del quadro clinico.

6. Conclusioni

A conclusione di questo excursus, riteniamo che debbano auspicarsi le seguenti correzioni o implementazioni al percorso di prescrizione protesica:

- prevedere un momento educativo e informativo al paziente circa i suoi bisogni di ausili
- facilitare l'accesso al prescrittore da parte dell'assistito
- aumentare numero e competenze dei medici ospedalieri
- incrementare la possibilità di valutazione clinica nell'ambiente di vita del disabile
- disporre della storia protesica dell'assistito
- perseguire l'integrazione clinico-amministrativa
- semplificare i passaggi burocratici riducendo al minimo firme e autorizzazioni
- migliorare il collegamento tra Servizio Invalidi Civili e Servizio Protesico
- ridurre il materiale cartaceo trovando soluzioni informatizzate
- migliorare i tempi di fornitura una volta individuato il bisogno
- contenere la problematica del periodo estivo
- istituire il follow up regolare degli ausili in uso (verifica)
- creare uno Sportello informativo sul percorso della prescrizione di ausili
- migliorare la circolazione dell'informazione dall'utente ai Servizi e tra i diversi Servizi interessati (Medici di Medicina Generale, ASL, Ospedale, Tecnici ortopedici, Servizi Sociali dei Comuni)
- formare in maniera permanente i prescrittori e tutti i professionisti dei Servizi interessati
- formare sempre tutti i nuovi prescrittori
- non disperdere esperienze e conoscenze tecniche e amministrative costruite negli anni.

Occorre trasmettere il concetto che un ausilio prescritto al momento giusto non è solo un compenso, un rimedio, ma deve servire a migliorare la funzionalità della persona e se possibile migliorare anche la qualità di vita. *“Qualità della vita è un concetto multi-dimensionale che descrive la soddisfazione complessiva rispetto alla propria vita, e che può essere declinato in varie componenti quali lo stato di salute e le capacità funzionali, la situazione psicologica e il benessere, le interazioni sociali, la situazione economica, la realizzazione professionale, la dimensione religiosa e spirituale. E' chiaro che l'ausilio può essere fonte diretta o indiretta di cambiamenti positivi in ciascuno dei suddetti aspetti...”* (EUSTAT, 1999 pag. 20).

Non è stata ancora trovata una risposta unanime alla domanda di quanto gli ausili migliorino la qualità della vita o meglio quali sono gli aspetti della qualità della vita in cui l'effetto degli ausili sia più chiaramente misurabile. Ma qui entrano in gioco il concetto di *autonomia* (non “fare le cose senza aiuto” ma “progettare la propria vita”) e di *empowerment* (processo attraverso il quale una persona acquisisce potere, nel senso della libertà di compiere le proprie scelte).

Autonomia e capacità di scelta sono in genere concetti molto distanti dalla disabilità. C'è ancora molto da lavorare in questa direzione, sia per i disabili che per chi sta loro attorno. Anche chi si occupa della prescrizione di Ausili dovrebbe far suoi questi concetti per rendere la condizione di vita del disabile una condizione degna di rispetto come tutte le altre. In definitiva: *“Togliamo loro dei problemi, non procuriamogliene altri”* (Chendi Rosalia).

7. Bibliografia

- Andrich R, Porqueddu B (1990): *Educazione all'autonomia: esperienze, strumenti, proposte metodologiche*. Europa Medicophysica 26(3):121-145
- Andrich R (1996): *Consigliare gli Ausili: organizzazione e metodologia di lavoro dei Centri Informazione Ausili*. Milano: Fondazione Don Gnocchi
- Andrich R (a cura di) (2008): *Progettare per l'autonomia – Ausili e ambiente per la qualità della vita*. Firenze: Giunti OS
- DGR n. 7/8077 18 febbraio 2002: *Recepimento del d.p.c.m. 29 novembre 2001 Definizione dei livelli di assistenza*, B.U.R.L. 25 febbraio 2002 – Serie Ordinaria n. 9
- DGR n. 7/19883: *Riordino della rete delle attività di riabilitazione*, B.U.R.L. 31 dicembre 2004, n.53
- DGR n. 8/3111 1 agosto 2006: *Modifiche della derogabilità a carico del Servizio Sanitario Regionale di alcune prestazioni di specialistica ambulatoriale ai sensi del d.p.c.m. 29 novembre 2001 sui LEA e ulteriori determinazioni relative all'appropriata erogazione delle prestazioni di day hospital ed alle attività di controllo*, B.U.R.L. 28 agosto 2006 – Serie Ordinaria n. 35
- D.M. 27 agosto 1999 n. 332: *Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe*, G.U. 27 settembre 1999 – Supplemento Ordinario n. 227
- DPCM 29 novembre 2001: *Definizione dei livelli essenziali di assistenza*, G.U. 08 febbraio 2002 – Supplemento Ordinario n. 26
- EUSTAT (1999): *Tecnologie per l'Autonomia – Linee guida per i formatori*. Milano: Commissione Europea
- ICF (2001): *International Classification of Functioning, Disability and Health*. Geneve: World Health Organisation
- ICIDH (1980): *International Classification of Impairment, Disability and Handicap*. Geneve: World Health Organisation
- Larcan G (2007): *Gli ausili: importanza e ruolo nel progetto riabilitativo*. Tesi Corso di Perfezionamento "Tecnologie per l'autonomia e l'integrazione sociale delle persone disabili". Fondazione Don Carlo Gnocchi Milano e Università Cattolica Sacro Cuore Roma - Anno accademico 2006/2007
- *Linee Guida del Ministero della Sanità per le attività di Riabilitazione*. G.U. 30 maggio 1998 – Serie Generale n. 124