

UNIVERSITA' DEGLI STUDI DI MILANO

Facoltà di Medicina e Chirurgia

Corso di Laurea Triennale in Terapia Occupazionale



**LA FORNITURA DEGLI AUSILI IN ITALIA:
PROPOSTA PER LA REALIZZAZIONE DI UN
MANUALE AD USO DEGLI UTENTI .**

Elaborato finale di:
Alessandra Santoro
Matr. n. 633213

Relatore: Dott. Fabrizio PREGLIASCO

Correlatore: Prof. Antonio CARACCIOLO

Anno accademico 2004 -2005

*C'è un'ape che se posa
su un bottone de rosa:
lo succhia e se va...
tutto sommato la felicità
è una piccola cosa.*

Trilussa.

Indice

PREMESSA	5
1. I PROTAGONISTI	7
1.1. Alcune definizioni	7
1.2. L'adattamento dei dispositivi alla persona	9
2. ITALIA: IL QUADRO NORMATIVO	12
2.1. La struttura del Nomenclatore Tariffario	13
2.2. Le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN	13
2.3. Gli aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica	14
2.4. I fornitori dei dispositivi protesici	15
2.5. Le modalità di erogazione	15
2.6. I tempi minimi di rinnovo dell'erogazione	17
2.7. I dispositivi protesici temporanei, provvisori e di riserva	18
2.8. Le tariffe ed i prezzi di acquisto dei dispositivi protesici	18
2.9. Numerazione dei dispositivi protesici su misura e modalità di controllo	19
3. I QUADRI NORMATIVI ESTERI	20
3.1. Francia: il quadro normativo	20
3.2. Germania: il quadro normativo	23
3.3. Svezia: il quadro normativo	27
3.4. Spagna: il quadro normativo	31
4. IL CONFRONTO TRA GLI STATI ANALIZZATI	39
4.1. I quadri normativi	39
4.2. La fornitura dei dispositivi assistivi e protesici	39
4.3. Gli utenti finali	41
5. L'IDEA DI UN MANUALE	48
5.1. Gli obiettivi	48
5.2. La scelta dei destinatari	49
5.3. Il percorso di realizzazione	49
6. DESCRIZIONE DEL MANUALE	51
6.1. La parte I: il Decreto	51
6.2. La parte II: gli Allegati	51
6.3. La parte III: i canali informativi	52
CONCLUSIONI	53

BIBLIOGRAFIA.....	54
SITOGRAFIA.....	54
APPENDICE A – TABELLA COMPARATIVA	55
APPENDICE B - IL MANUALE	58

PREMESSA

Perché questa tesi? E' questa la domanda che ho in mente mentre scrivo questa premessa.

Mi ricordo piuttosto bene il momento in cui ho pensato per la prima volta all'argomento della mia tesi di laurea. Era l'inizio del terzo anno di università. Un giorno, durante l'ora di lezione di Terapia Occupazionale, un professore (lo stesso che poi è diventato il correlatore della mia tesi) ci stava introducendo al mondo degli ausili: cosa sono, a chi sono necessari, come ottenerli e come richiederli,... Gli ausili. Come ottenerli e come richiederli. Avevo trovato gli argomenti della mia tesi. Bisognava incominciare il lavoro.

Le lezioni di Terapia Occupazionale che riguardano gli ausili e le esperienze di tirocinio mi hanno trasmesso la realtà del nostro paese, fatta di domande di invalidità, valutazioni cliniche sull'utente, compilazioni di moduli, autorizzazioni, regolamenti e leggi. Esiste un regolamento che spiega come ottenere i dispositivi assistivi nel nostro paese, ed è contenuto in un Decreto Ministeriale emesso il 27 agosto 1999.

L'idea è quella di spiegare questo regolamento. Poi, come gli anelli che formano una catena, a questa prima idea ne sono seguite delle altre.

Chi sono i "protagonisti" di questo regolamento? I dispositivi assistivi.

Quando noi leggiamo un libro, i personaggi che costituiscono la vicenda sono presentati dall'autore prima di entrare in azione, di modo che il lettore li conosca e ricordi le loro caratteristiche salienti nel racconto. Così, nel mio elaborato ecco una presentazione dei "protagonisti" di questo regolamento italiano, nonché "personaggi" della mia tesi, cosicché chi leggerà questo elaborato ricorderà, scorrendolo, che cos'è un ausilio, una protesi e un'ortesi e che relazione hanno con una persona.

Ecco sopraggiungere nella mia mente un altro anello della catena. Vista la situazione italiana, cosa succede in qualche altro angolo dell'Europa? Come si ottengono gli ausili, come si richiedono? Ci sono delle differenze? Ho scelto alcuni paesi europei, legandomi ad alcune motivazioni, ognuna per ogni stato analizzato: la Svezia, uno stato all'avanguardia per quanto riguarda la Terapia Occupazionale; la Francia, la cui struttura del Sistema Sanitario e Sociale pare essere così solida; la Germania dal Sistema Sanitario Nazionale organizzato in maniera così semplice e netta; la Spagna, con un sistema di salute e di servizi sociali in evoluzione.

A questo punto dell'elaborato il mio pensiero si ferma. Tutto questo lavoro svolto fin'ora deve portarmi ad un risultato. Ci sarà un motivo per cui ho scelto di spiegare in maniera più chiara ed approfondita un regolamento su come ottenere gli ausili in Italia. Un Decreto spiegato con parole semplici, alla portata di ogni persona che lo legga. Ecco l'ultimo anello della catena. Nella mia mente (ed anche in quella dei professori che mi hanno accompagnato nella realizzazione di questa tesi, e che io ringrazio) si materializza un'idea, il vero oggetto della mia tesi: proporre la realizzazione di un piccolo manuale che spieghi, con un gergo alla portata di qualsiasi lettore, come ottenere e richiedere un dispositivo assistivo nel proprio paese.

Ora il mio lavoro poteva avere inizio.

“Ora Marco Donati, il protagonista di questo libro, sa che pesci pigliare”

N. Ammaniti.

1. I PROTAGONISTI

1.1. Alcune definizioni

Questo elaborato illustra il sistema burocratico vigente in Italia attraverso il quale vengono forniti gli ausili, le protesi e le ortesi agli aventi diritto. L'intento è quello di rendere questo argomento il più chiaro possibile al pubblico degli utenti ed a quello degli operatori. Tra le pagine di questa tesi ci capiterà di trovare termini come "tecnologie assistive o di ausilio", "dispositivi", "ausili", "protesi", "ortesi",...

E' bene fornire una breve definizione di questi termini, così da sapere con certezza di che cosa si andrà a parlare.

Possiamo immaginare ciascuno dei termini che ho citato sopra, tra le virgolette, come un insieme. L'insieme più grande, quello che racchiude anche gli altri tre termini citati sopra, è quello delle "tecnologie di ausilio o tecnologie assistive".

Le tecnologie di ausilio, conosciute anche come "**technical aids**", sono tutti quegli strumenti, tecnologici e non, di produzione specializzata o di comune commercio, che sono utili alle persone disabili in quanto prevengono, compensano, alleviano o eliminano una menomazione, disabilità o handicap. Questo grosso insieme, quindi, va ad abbracciare una grande varietà di prodotti, dai semplici accorgimenti per l'autonomia nelle attività di vita quotidiana (es.: impugnature ingrossate per gli oggetti di uso quotidiano), alle apparecchiature elettromeccaniche (es.: carrozzine elettroniche), ai dispositivi domotici ed informatici.

Come scrivevo qualche riga fa, in questo insieme ve ne sono di più piccoli, come, per esempio, quello degli **ausili**.

Il linguaggio comune, il vocabolario della lingua italiana per intenderci, definisce la parola ausilio, che deriva dal latino *auxiliu(m)*, come "aiuto". L'ausilio, quindi, dovrebbe essere uno strumento o un accorgimento che aiuta la persona disabile a fare quelle attività che altrimenti non potrebbe svolgere, e a farle in maniera più rapida e più sicura e, soprattutto, in maniera più autonoma o, comunque, meno dipendente dagli altri. Questi strumenti sono finalizzati allo svolgimento di specifiche attività della vita quotidiana: aiutano l'individuo ad adattarsi all'ambiente, a superare le barriere all'accessibilità, a compensare certe limitazioni funzionali di modo da facilitare o rendere possibili determinate attività della vita quotidiana. Il sottoinsieme degli ausili è molto grande poiché contiene una larga varietà di ausili: ci sono, infatti, strumenti ed accorgimenti per ogni ambito della vita di una persona: l'igiene e la cura personale, l'alimentazione, l'incontinenza, la prevenzione delle piaghe da decubito, la cura della postura seduta in carrozzina, lo sport e il tempo libero, l'ambiente lavorativo e scolastico, la guida delle automobili, l'adattamento nelle case,...Il fine comune è sempre quello di promuovere l'autonomia.

Un altro sottoinsieme degli "assistive devices" è quello delle **protesi**.

Il vocabolario della lingua italiana attribuisce due significati simili e complementari tra loro alla parola protesi, che deriva dal greco "*pròthesis*", derivato di "*pròthénai*", che vuol dire "porre innanzi". Il primo significato è la sostituzione di un organo del corpo umano, mancante o difettoso, con un apparecchio o un dispositivo artificiale; come secondo significato, "protesi" è definita come l'apparecchio o il dispositivo stesso.

La protesi è un'apparecchiatura finalizzata al recupero di una funzione; è applicata al corpo umano e sostituisce completamente o parzialmente parti del corpo mancanti recuperando le funzionalità che normalmente queste avrebbero, ed il loro aspetto estetico. Esistono svariate

tipologie di protesi, ma la distinzione più netta e di importanza rilevante è quella tra le protesi di arto superiore e quelle di arto inferiore.

In genere una protesi di arto superiore si compone di tre parti: invasatura, organo di presa, e parti di collegamento con eventuali articolazioni. L'invasatura è la parte della protesi che va a contatto con il moncone; è personalizzata per ciascun paziente in modo da garantire una perfetta aderenza al moncone; è composta da una sede che ospita gli elettrodi se la protesi è di tipo mioelettrico. L'organo di presa permette al soggetto di afferrare gli oggetti ed, a seconda del tipo di protesi, avrà caratteristiche più funzionali o più estetiche. Le parti di collegamento sono tutto ciò che si trova tra l'organo di presa e l'invasatura, e quindi le articolazioni. Le parti di collegamento sono diverse se si tratta di protesi tradizionali o modulari, e se la parte esterna ha o meno funzione di sostegno.

Per quanto riguarda le protesi di arto inferiore, invece, esse sono composte in genere da tre parti fondamentali: l'invasatura, che può essere personalizzata ed ha la funzione di trasmettere il peso corporeo alla struttura portante della protesi e di contenere e proteggere il moncone; la parte di collegamento tra invasatura e piede protesico, che contiene le articolazioni protesiche (tibio-tarsica, ginocchio, anca); il sistema di sospensione o ancoraggio, che ha la funzione di evitare che l'invasatura della protesi si sfili dal moncone durante la fase di lancio nella deambulazione, per opera della forza di gravità.

Nel grande insieme degli "assistive devices" vi è un terzo sottoinsieme, cioè quello delle **ortesi**. Nella lingua comune il termine ortesi, che deriva dal greco "*orthòs*" che significa "diritto", definisce un apparecchio che si applica al corpo per correggere una funzione meccanica difettosa, ma non sostituisce una parte anatomica mancante. Sono quindi degli strumenti che servono a migliorare o a controllare la funzionalità delle parti del corpo che sono compromesse, riportandole alla normale funzionalità.

Questo sottoinsieme è un po' particolare: a volte, infatti, la differenza tra ortesi ed ausilio non è ben definita; un apparecchio ortopedico per gli arti è un'ortesi, ma uno splint dinamico che aumenta la funzionalità delle prese può essere interpretato come un ausilio.

Le ortesi, soprattutto quelle di arto superiore, sono strumenti realizzati per lo più su misura; la persona che le utilizzerà dovrà sottoporsi ad un addestramento all'uso (così come nel caso di un ausilio o di una protesi) e dovrà avere la possibilità di operare sulle ortesi eventuali correzioni o modifiche. In generale, utilizzare un'ortesi permette di eseguire attività funzionali dove la muscolatura non è in grado di agire attivamente; un'ortesi sostiene e facilita l'esecuzione dei movimenti, immobilizza le articolazioni o i segmenti corporei che devono rimanere a riposo. Un'ortesi può anche favorire le retrazioni muscolo-tendinee di tipo funzionale (es.: la mano funzionale dei tetraplegici), ma può anche evitare quelle dannose, che possono creare limitazioni funzionali. Inoltre può limitare la presenza di spasticità e favorire l'estensibilità attiva e passiva dell'arto. L'obiettivo essenziale dell'applicazione delle ortesi, come anche quello dell'utilizzo di un ausilio o di una protesi, è quello di far sì che l'individuo ottenga il massimo grado di autonomia ed indipendenza possibile e la massima partecipazione alle attività di vita quotidiana.

Come ho già accennato qualche riga fa, l'utenza che utilizza questo tipo di tecnologie è composta dal pubblico delle persone disabili.

Secondo l'OMS (Organizzazione Mondiale della Sanità) un individuo è definito **disabile** quando manifesta una limitazione o perdita delle capacità di effettuare un'attività nel modo e nei limiti considerati normali per un essere umano. Essa riguarda le capacità che sono generalmente accettate come componenti essenziali della vita quotidiana. La disabilità in una persona può insorgere come diretta conseguenza di una menomazione o come risposta dell'individuo, particolarmente di tipo psicologico, ad una menomazione fisica, sensoriale o di altra natura.

Per **menomazione** si intende una qualsiasi perdita o anomalia di una struttura o di una funzione sul piano anatomico, psicologico e fisiologico. E' caratterizzata dall'esistenza od occorrenza di un'anomalia, difetto o perdita (temporanea o permanente) di un arto, organo, tessuto o altra struttura del corpo, o di un difetto di un sistema, funzione o meccanismo del corpo, compreso il sistema delle funzioni mentali. Rappresenta l'esteriorizzazione di una condizione patologica.

Come conseguenza all'occorrenza di una menomazione e/o disabilità, l'individuo va incontro ad una situazione di svantaggio sociale, definita con il termine **handicap**. L'**handicap** è caratterizzato da una discordanza tra la prestazione e la condizione dell'individuo e le aspettative della persona stessa e del particolare gruppo di cui fa parte. Limita o impedisce l'adempimento di un ruolo considerato normale per un dato individuo in funzione di età, sesso, fattori culturali e sociali. Rappresenta la socializzazione di una menomazione o di una disabilità e quindi riflette le conseguenze per l'individuo sul piano culturale, sociale economico ed ambientale.

1.2. L'adattamento dei dispositivi alla persona

I dispositivi protesici ed assistivi, oltre ad essere scelti, vanno anche personalizzati alle esigenze/necessità sull'individuo, il quale dovrà essere, infine, addestrato ad un loro corretto utilizzo. Si tratta di un percorso i cui passaggi sono strettamente concatenati tra di loro. Alla base di questo percorso si trova il desiderio, da parte dell'uomo, di poter fare le attività di ogni giorno nel modo più sicuro, efficace e veloce possibile. Il fine è quello di raggiungere un buon livello di autonomia e di integrazione sociale, migliorando, quindi la qualità di vita del soggetto disabile. Proprio per questo motivo, questo momento è vissuto in un'ottica multidisciplinare, coinvolgendo diverse figure medico-riabilitative: il fisiatra, i fisioterapisti, i logopedisti, i terapisti occupazionali, il tecnico ortopedico, gli assistenti sociali,...

Al momento della valutazione dell'ausilio si parte dal presupposto che colui che consiglia la scelta conosca e sappia valutare i problemi dell'utente e conosca e sappia ciò che offre il "mercato".

E' necessario saper analizzare la situazione dell'utente e le sue esigenze di vita quotidiana, considerando le motivazioni e le aspirazioni che nutre e le possibilità concrete di realizzarle. E' necessario saper valutare e distinguere gli interventi più opportuni da esercitare nelle varie situazioni: se operare sull'ambiente architettonico oppure dotare l'utente di strumenti che lo facilitino nell'ambiente in cui si trova a vivere. Poi bisogna saper individuare qual è il tipo di ausilio più utile all'utente, scegliendo anche il tipo di tecnologia più appropriato.

Per individuare il tipo di ausilio più adatto all'utente in questione è necessario avvalersi degli appositi canali informativi (es.: il regolamento sull'erogazione dei dispositivi assistivi, la Rete Internet, cataloghi delle varie aziende fornitrici che riportano la descrizione dei dispositivi assistivi disponibili sul mercato,..), informare la persona interessata su come poter ottenere il proprio ausilio, operare sul dispositivo delle modifiche a seconda delle necessità dell'utente ed organizzare una fase di addestramento all'uso.

Dal momento della scelta di un dispositivo a quello dell'addestramento e del suo utilizzo possiamo individuare sei fasi:

1. analisi preliminare (**screening o intake**);
2. analisi delle azioni (**task analysis**);
3. analisi funzionale (**assessment**);

4. individuazione degli ausili (**recommendation**);
5. scelta ed applicazione degli ausili (**implementation**);
6. verifica (**follow-up**).

La fase dello **screening** è una fase di raccolta dati. Si tratta di dati anagrafici (nome , cognome, età, sesso,...); anamnesi clinica dell'utente; tipo di disabilità, livello di espressione, comunicazione, indipendenza fisica e mobilità; motivazioni nutrite dall'utente (o meglio, la voglia di autonomia); le aspettative; il grado di partecipazione dell'utente; le problematiche espresse dall'utente e quelle evidenziate dagli operatori; la situazione familiare dell'utente; le caratteristiche dell'ambiente in cui egli vive e/o lavora; gli ausili già utilizzati in passato e con quali modalità (se vi sono stati precedenti). Questo passaggio si propone anche di chiarire gli scopi da prefiggersi durante l'intervento e il livello di autonomia che si può realmente raggiungere.

Durante la fase di **task analysis** si vanno ad esaminare le attività di vita quotidiana dell'utente. Ogni attività viene scomposta in "azioni direttamente necessarie" ed "azioni complementari", al fine di individuare, per ogni azione, la soluzione che individua un buon compromesso tra efficacia, sicurezza, accettabilità e gradibilità da parte dell'utente. Prima di tutto bisogna considerare come l'utente svolgerebbe quella determinata azione in assenza di ausili. I tentativi dell'utente nello svolgere l'azione ci aiutano a capire con quale logica egli scompone quella determinata attività in azioni ed ad individuare le difficoltà; poi ci permettono di verificare se l'ausilio può aiutarlo davvero a risolvere il suo problema oppure se è semplicemente necessario raggiungere una maggiore velocità o sicurezza, o se bisogna studiare una soluzione alternativa che non preveda l'utilizzo di un ausilio. Esistono diversi metodi per recuperare le informazioni necessarie durante la fase di *task analysis*. Innanzitutto sono importanti i colloqui effettuati con l'utente ed i suoi familiari: questo è importante per comprendere quanto l'utente sia motivato a recuperare la propria autonomia e quali siano, con precisione, le sue necessità. Per esaminare come l'utente compie le sue attività di vita quotidiana sono necessarie delle fasi di osservazione dell'utente mentre compie le sue attività giornaliere, supportate da valutazioni, in cui ci si avvale dell'utilizzo di alcuni test funzionali come, per esempio, il *Barthel Index* o la *valutazione FAM*, e schede di osservazione e valutazione dell'autonomia dell'individuo nelle varie attività di vita quotidiana. Inoltre è necessario osservare l'utente nell'ambiente in cui si trova a vivere ogni giorno al fine di individuare la situazione più opportuna, che permetta alla persona di svolgere in maniera ottimale una determinata azione avvalendosi o meno di un opportuno ausilio. A questo proposito i terapeuti, in genere, organizzano dei sopralluoghi presso il domicilio dell'utente e/o il suo ambiente lavorativo. L'osservazione dell'ambiente in cui vive l'individuo è accompagnata da una valutazione effettuata tramite l'utilizzo di apposite griglie valutative (valutazione dei parametri ambientali).

La fase di **assessment** va ad analizzare le varie abilità funzionali necessarie durante lo svolgimento di una determinata attività, al fine di individuare nell'ausilio quei requisiti che permetteranno all'utente di raggiungere un'autonomia basata sulla massima valorizzazione delle sue capacità residue. A questa fase partecipano diverse figure professionali. Il fisiatra, il fisioterapista ed il terapeuta occupazionale analizzeranno le abilità motorie e funzionali dell'utente. Il logopedista valuterà le sue capacità espressive e verbali. Lo psicologo potrebbe analizzare le capacità cognitive dell'individuo e valutare quale potrà essere l'impatto psicologico dell'ausilio sull'utente. Il tecnico ortopedico supporterà l'analisi funzionale dell'ausilio ed effettuerà le misurazioni necessarie per mettere a punto un'ortesi, una protesi o delle calzature speciali. Se sarà necessario, potranno effettuarsi delle valutazioni specifiche delle capacità visive ed uditive dell'individuo. In questa fase si prende in considerazione anche l'ambiente in cui l'utente utilizzerà il suo ausilio, coinvolgendo anche tutte quelle persone che

vivono con l'individuo e conoscono in maniera approfondita le sue problematiche: i familiari, gli insegnanti se si tratta di un bambino,... In questo preciso frangente possono intervenire, come supporto, anche gli assistenti sociali e/o un'équipe psicopedagogia. Durante questa fase, se è possibile, la partecipazione dell'utente deve essere elevata ed attiva: in questo momento, infatti, egli è "un operatore che interviene nella propria riabilitazione", al fianco degli operatori specializzati ed in collaborazione con essi.

Durante la fase di **recommendation** si punta ad individuare gli ausili più adatti a risolvere il problema della persona disabile. Nel particolare, si va alla ricerca di soluzioni, che possono essere di tre tipi:

- a) generiche, quando possono essere realizzate con prodotti largamente e comunemente disponibili sul mercato (utensili per cucina, corrimano, arredamenti per la casa disposti nella maniera opportuna,...);
- b) specifiche, quando sono realizzate con ausili concepiti proprio per quel determinato scopo. Bisogna, allora, individuare tutti i prodotti esistenti sul mercato, che abbiano le caratteristiche richieste e considerare la qualità, la flessibilità, l'assistenza e la manutenzione,...Sulla base di questi requisiti sarà effettuata la scelta finale;
- c) personalizzate, quando vengono progettati sulla persona ausili appositi a svolgere quella determinata funzione, o quando si personalizza un ausilio già esistente. Questo accade quando in commercio non esistono prodotti che risolvono una certa situazione senza richiedere particolari adattamenti.

In questa fase è molto importante l'informazione in questo settore, da parte delle persone coinvolte nell'intero processo.

A questo passaggio succede quello dell'**implementation**. Questa fase prevede la scelta, l'acquisizione e la personalizzazione dell'ausilio ed infine anche un programma di addestramento all'uso dell'ausilio scelto. Soprattutto quest'ultimo punto è molto importante, in quanto aiuta l'équipe ad esprimere un giudizio finale sull'efficacia dell'ausilio ed aiuta l'utente ad acquisire una certa padronanza dello strumento. L'addestramento all'uso dell'ausilio deve coinvolgere anche i familiari dell'utente e l'ambiente circostante: questi devono agire da fattore di incoraggiamento e non da ostacolo al raggiungimento dell'autonomia.

Ultima fase, ma non meno importante delle precedenti, a concludere l'intero processo, è quella del **follow-up**. Questa fase si propone di verificare l'efficacia reale del dispositivo e questo è possibile solo dopo averne osservato l'uso prolungato. Questo passaggio non include gli aspetti della manutenzione e della riparazione. Sarebbe importante organizzare una efficace fase di follow-up, con verifiche ad intervalli regolari (3-6-12mesi), anche nel caso in cui l'utente non segnali di sua iniziativa l'insorgenza di eventuali problemi. In questo modo si possono scoprire eventuali aspetti involontariamente trascurati durante le fasi di scelta e applicazione dell'ausilio, scoprire le potenzialità dell'ausilio non utilizzate in maniera esaustiva e prevenire il fatto che l'utente possa trascurare di identificare e segnalare le difficoltà. Durante la fase del follow-up può essere di aiuto anche una seconda analisi delle azioni: questa può essere un buon punto di riferimento per verificare l'efficacia dell'ausilio riguardo al conseguimento dell'autonomia da parte dell'utente. Una seconda analisi delle azioni può aiutarci anche, in caso di un eventuale peggioramento della situazione clinica dell'utente, ad attuare una ulteriore valutazione secondaria del sistema fornito. Il follow-up deve essere effettuato in relazione e nel contesto in cui la persona disabile utilizza l'ausilio.

2. ITALIA:IL QUADRO NORMATIVO

L'organo centrale del Servizio Sanitario in Italia è il Ministero della Salute, composto e coadiuvato da enti ed organi di diverso livello istituzionale, che si propongono di raggiungere, come obiettivo primario, la tutela della salute dei cittadini.

Il Ministero della Salute svolge un ruolo di programmazione sanitaria: stabilisce i principi base e delinea gli obiettivi fondamentali nel campo della prevenzione, terapia e riabilitazione. Inoltre predispone le condizioni minime di cura della salute e fornisce le linee guida sull'organizzazione, erogazione e finanziamento dei servizi di cura sanitaria.

Il ruolo operativo spetta agli Enti ed Organi Locali:

- **Le Regioni e le Province Autonome** sono responsabili di assicurare l'erogazione di un pacchetto di benefici attraverso una rete di Enti di Salute Locale (Asl) e di ospedali accreditati pubblici e privati. Inoltre programmano ed organizzano sul proprio territorio i servizi e le attività destinate alla tutela della salute. Queste attività e servizi consistono nei Piani Sanitari Regionali, che determinano il numero delle Asl, stabiliscono le linee guida operative, decidono il livello dei fondi da trasferire alle Asl, determinano il livello del rimborso alle organizzazioni private accreditate che forniscono i servizi al Servizio Sanitario Nazionale ed esercitano il controllo sulla qualità di ognuno di questi servizi.
- **Le Aziende Sanitarie Locali**, valutano i bisogni e forniscono cure. Inoltre programmano ed organizzano l'assistenza sanitaria nel proprio ambito territoriale e ne garantiscono l'erogazione attraverso strutture pubbliche o private accreditate. Sono strutture territoriali suddivise in unità minori, dette Distretti. I Distretti si occupano delle procedure amministrative utili per le prestazioni specialistiche, le cure domiciliari, l'assistenza integrativa,...quei servizi, cioè, che sono sia di natura sanitaria che sociale (es.:interventi a favore dei disabili, assistenza psichiatrica, contraccezione e prevenzione,...). I servizi erogati dalle Asl al cittadino sono sia di tipo ambulatoriale che a domicilio (a seconda della disponibilità dei medici).
- **Aziende ospedaliere**, che sono ospedali di rilievo nazionale o regionale costituiti in azienda in considerazione delle loro caratteristiche particolari.

La legislazione italiana, per i disabili, è molto frammentata sia a livello nazionale che a livello regionale. Esistono leggi che tutelano individui affetti da qualsiasi tipo di disabilità (non vedenti, sordi, disabili fisici e mentali) affrontando le problematiche legate alla loro assistenza, all'integrazione sociale, ai loro diritti nella società in cui vivono e al mondo del lavoro; vi sono normative che regolano e tutelano l'ottenimento dei mezzi di assistenza.

Per quanto riguarda le prestazioni di assistenza protesica, esse sono erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale, e si basano su normative nazionali e regionali, e, principalmente, su di un regolamento che indica come queste prestazioni devono avvenire.

Questo regolamento è chiamato "Nomenclatore Tariffario delle Protesi - Regolamento recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe" ed è contenuto nel Decreto Ministeriale n. 332, 27 agosto 1999. E' un documento che dovrebbe essere aggiornato periodicamente, con una cadenza massima triennale, con lo scopo di revisionare la nomenclatura dei dispositivi erogabili.

Il decreto attualmente vigente sostituisce quello del 28 dicembre 1992 ed è contenuto nella raccolta degli Atti Normativi della Repubblica Italiana.

2.1. La struttura del Nomenclatore Tariffario

Il Nomenclatore Tariffario è un documento emanato e aggiornato periodicamente dal Ministero della Salute. Questo documento stabilisce la tipologia e le modalità di fornitura delle protesi e degli ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale e stabilisce le categorie di utenti che possono avvalersi di questo tipo di prestazione. Il Nomenclatore Tariffario attualmente in vigore è stabilito dal DM n.332 del 27 agosto 1999 ed è pubblicato dalla Gazzetta Ufficiale del 27 settembre dello stesso anno ("Regolamento recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale: modalità di erogazione e tariffe").

Il Nomenclatore Tariffario si compone di tre parti:

- **Il Testo del Decreto**, che stabilisce la normativa per la prescrizione e la fornitura, e si compone di dodici articoli;
- **L' Allegato1**, che stabilisce le tipologie e le caratteristiche delle protesi, delle ortesi e degli ausili ammessi alla fornitura a carico del Servizio Sanitario Nazionale. L'Allegato1 si compone, a sua volta, di tre elenchi:
 1. Elenco1, che contiene i dispositivi su misura e quelli in serie predisposti;
 2. Elenco2, che contiene i dispositivi tecnici in serie, che non richiedono l'intervento del tecnico nella loro applicazione e consegna;
 3. Elenco3, che contiene i dispositivi tecnici acquistati direttamente dalle Asl.
- **L'Allegato2**, che stabilisce i tempi di garanzia, rinnovo e fornitura per le varie classi di prodotti presenti nel Nomenclatore.

2.2. Le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del SSN

Le prestazioni di assistenza protesica consentono l'erogazione dei dispositivi citati negli elenchi 1,2 3 dell'allegato1 del Nomenclatore Tariffario.

Gli ausili tecnici, le ortesi e le protesi (elenco1, allegato1) sono dispositivi di serie oppure costruiti su misura, destinati esclusivamente al paziente cui sono prescritti. L'applicazione di questi dispositivi sull'utente è effettuata da un tecnico in possesso del titolo abilitante all'esercizio della sua professione. Questo tecnico, su prescrizione del medico specialista, individua ed allestisce su misura, sull'utente, il dispositivo adatto e, successivamente, il medico prescrittore effettuerà il collaudo.

Esistono anche degli ausili tecnici (elenco2, allegato1) la cui applicazione e consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato: es. :cateteri, cuscini e materassi antidecubito, comunicatori simbolici, stampanti braille,... In questo caso il richiedente, una volta ottenuto l'ausilio prescritto, lo utilizzerà riferendo all'equipe medico – riabilitativa la presenza o meno di eventuali problemi nella sua applicazione.

Esistono, poi, altri ausili particolari che le Asl acquistano direttamente e forniscono al richiedente in comodato d'uso: es: i ventilatori polmonari, montascale,...

Vi sono casi in cui l'assistito può scegliere un modello o un tipo di dispositivo non incluso nel Nomenclatore, ma riconducibile, per **omogeneità funzionale**, a quello prescritto dal medico specialista: questo vuol dire che il dispositivo prescritto non è presente nel Nomenclatore, ma svolge la medesima funzione. In questo caso l'Asl può autorizzare la fornitura dell'ausilio prescritto dal medico specialista e coprirà il costo del prodotto scelto solo fino alla tariffa prevista dal Nomenclatore Tariffario per il dispositivo simile a quello scelto. Questo concetto è chiamato **riconducibilità**.

Un altro concetto importante è quello di **simultaneità delle prescrizioni**. Questo concetto esprime che "ciascun ausilio, particolarmente se allestito con dispositivi aggiuntivi e complementari, ha una funzione ben definita e diversa da altro, simile o non, e quindi è ammessa la prescrizione, anche simultanea, di ausili a condizione che abbiano finalità riabilitativa o di recupero differenziata". Quindi questo concetto, utilizzato soprattutto nell'ambito degli "ausili per la mobilità e la posizione seduta", permette di prescrivere, salvo che non vi siano precisate incompatibilità ed a patto che vi sia un programma riabilitativo ben motivato, anche diversi tipi di carrozzine (es: elettriche e manuali)¹.

Nel caso di **disabilità gravissime** l'Asl può concedere la fornitura di dispositivi non inclusi negli elenchi del Nomenclatore Tariffario, né riconducibili a prodotti che presentano le stesse finalità riabilitative. Questa particolarità si può applicare solo nel caso in cui il Ministro della Salute, in accordo con la Conferenza per i Rapporti tra lo Stato le Regioni e le Province Autonome, avrà fissato chi sono i soggetti che hanno diritto a questo tipo di fornitura, quali sono le modalità di prescrizione e di controllo e quali sono i tipi di ausili autorizzati. Allo stato attuale dei fatti, questo concetto non è ancora stato applicato.

2.3. *Gli aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica*

In relazione alle menomazioni e disabilità da cui sono colpite, le persone che hanno diritto alla fornitura a carico del SSN sono le seguenti:

- Gli invalidi civili, di guerra (comprese le vittime civili di guerra) e per servizio;
- I sordomuti, ovvero quelle persone affette da sordità dalla nascita o comunque prima dell'apprendimento del linguaggio;
- I non vedenti, colpiti da cecità assoluta o con un residuo visivo non superiore ad un decimo;
- I minori di 18anni, che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente;
- Gli invalidi in attesa di accertamento, che si trovano impossibilitati nella deambulazione senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o che necessitano di un'assistenza continua, in quanto non sono in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita²;
- Le persone che presentano istanza e sono in attesa di riconoscimento e alle quali sia stata riscontrata e verbalizzata una menomazione che comporta una riduzione delle capacità lavorative superiore ad un terzo, in seguito ad un accreditamento sanitario effettuato da una commissione medica dell'azienda Asl³;
- Le persone ricoverate in una struttura accreditata, pubblica o privata, affette da menomazioni gravi e permanenti, per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifica la contestuale necessità ed urgenza dell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per consentire l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo. In questo caso, insieme alla fornitura del dispositivo, deve essere applicata la procedura per il riconoscimento dell'invalidità;
- Le persone che hanno subito interventi di entero-urostomia, tracheotomia o amputazione di arto, e le persone che, a causa di patologie gravi, sono costrette all'allettamento, previa presentazione di certificazione medica. In questi casi, la prescrizione indica i dispositivi protesici elencati nell'allegato2, di cui possono usufruire

¹ Carlo Giacobini, "Ausili, ortesi e protesi: la simultaneità delle prescrizioni", www.handylex.org.

² Art.1, legge n.18,11febbraio1980.

³ Art.1, comma7, legge n.295, 15ottobre1990

per il periodo intercorrente fino alla prossima visita di controllo, e comunque per un periodo non superiore ad un anno. La prima prescrizione deve tenere conto della necessità di verificare l'adattabilità del paziente all'ausilio prescritto;

- Le donne che hanno subito un intervento di mastectomia e le persone che hanno subito un intervento demolitore dell'occhio;

Per quanto riguarda l'erogazione dei dispositivi protesici per gli invalidi sul lavoro, essa è regolata da un'altra norma (il Decreto del Presidente della Repubblica n.1124, 30giugno1965) ed è garantita dall'Istituto Nazionale contro gli Infortuni sul Lavoro (INAIL), con spese a proprio carico, secondo le modalità e le indicazioni stabilite dall'istituto stesso.

Per ognuno dei suoi assistiti, l'Asl apre, e mantiene aggiornato, un fascicolo in cui si raccoglie la documentazione che attesta la condizione di avente diritto, le prestazioni erogate e le relative motivazioni e la data delle forniture.

2.4. I fornitori dei dispositivi protesici

L'erogazione dei dispositivi protesici è garantita da alcuni fornitori, i quali si rifanno alle direttive europee in materia di dispositivi medici, recepite anche in Italia dal 1997⁴.

L'accreditamento richiesto per i fornitori varia a seconda del tipo di prodotto realizzato o distribuito.

Per quanto riguarda gli ausili su misura (elenco1, allegato1), sono ammesse alla fornitura solo quelle aziende (fabbricanti o rappresentanti autorizzati) iscritte presso registro, presso il Ministero della Salute.

Per quanto riguarda gli ausili di serie predisposti, sono ammesse le aziende in regola con la normativa vigente e dotate di un tecnico abilitato in grado di garantire il rispetto dei tempi di consegna dei prodotti prescritti autorizzati.

Per quanto riguarda gli ausili di serie (elenchi 2e3, allegato1) vi sono delle procedure pubbliche di acquisto (gare d'appalto) che fissano il prezzo e le condizioni di fornitura. Le Asl hanno la funzione di fissare i requisiti cui dovranno rispondere i fornitori partecipanti alla gara.

2.5. Le modalità di erogazione

Il processo di erogazione dei dispositivi, a carico del SSN, si articola in quattro tappe: prescrizione, autorizzazione, fornitura, collaudo. Le persone coinvolte in ogni passaggio di questo processo sono: il medico prescrittore e la sua équipe, l'Ente che autorizza l'erogazione del dispositivo (Asl), il fornitore e l'utente.

La prima tappa da affrontare è quella della **prescrizione**. E' il momento più significativo ed importante per l'utente, nell'intero processo, perché è la fase in cui l'utente, affiancato dalla sua équipe medico-riabilitativa, sceglie, in seguito ad una valutazione dei suoi bisogni, il tipo di soluzione più adatto a promuovere la sua autonomia.

La prescrizione viene effettuata da un medico specialista del SSN, dipendente o convenzionato e competente sul tipo di menomazione o disabilità per cui va a prescrivere il prodotto. La prescrizione del dispositivo rientra in un programma di prevenzione, cura e riabilitazione delle lesioni o delle patologie che determinano la menomazione o la disabilità: può, quindi, assumere un valore sociale.

La prescrizione viene effettuata dopo un'attenta valutazione clinica del paziente, di modo da presentare una diagnosi circostanziata. La prescrizione deve specificare l'indicazione del

⁴ Decreto Legislativo n. 46, 1997.

dispositivo protesico, ortesico o dell'ausilio prescritto, completa di codice ISO presente nel Nomenclatore Tariffario, per permetterne l'identificazione. Poi bisogna precisare se vi sono eventuali adattamenti necessari a personalizzare il dispositivo.

Alla prescrizione si accompagna un programma riabilitativo di utilizzo del tipo di dispositivo prescritto. Il programma riabilitativo, stilato dall'equipe riabilitativa, è essenziale per rendere efficace la fornitura del dispositivo prescritto e l'intervento riabilitativo. Nel programma riabilitativo si descrive il significato terapeutico e riabilitativo del dispositivo prescritto al fine di spiegare con quali premesse e con quali finalità si intende utilizzare il dispositivo stesso. A questo proposito si vanno ad indicare le modalità ed i limiti di utilizzo, la prevedibile durata dell'impiego del dispositivo e le possibili controindicazioni. Il programma riabilitativo, inoltre prevede dei periodici momenti di verifica, riguardo al suo andamento. Se l'ausilio non viene elargito direttamente dalla Asl, perché magari non rientra nel Nomenclatore Tariffario, l'individuo dovrà acquistarlo di sua iniziativa e quindi, a questo punto del processo, sarà necessario richiedere un preventivo da parte della ditta fornitrice dell'ausilio prescritto.

La seconda tappa prevista dal processo è **l'autorizzazione**. L'autorizzazione è il passaggio necessario per ottenere un ausilio, un dispositivo protesico o una ortesi. L'autorizzazione è rilasciata dall'azienda Asl di residenza dell'assistito. Prima di autorizzare il dispositivo l'Asl deve verificare se l'utente richiedente è un avente diritto, se vi è corrispondenza tra la prescrizione medica e i dispositivi codificati nel Nomenclatore. Se poi si tratta di forniture successive alla prima, bisognerà accertarsi sul rispetto dei tempi e delle modalità di rinnovo del dispositivo stesso.

In caso di prima fornitura, la Asl deve pronunciarsi tempestivamente sulla richiesta di autorizzazione. Più precisamente, deve pronunciarsi entro venti giorni dalla richiesta. Se, trascorsi venti giorni, l'Asl non si è ancora pronunciata, l'autorizzazione alla prima fornitura si intende concessa: questo passaggio prende il nome di **"silenzio assenso"**.

All'atto dell'autorizzazione, sulla prescrizione deve essere riportata la retribuzione riconosciuta dalla Asl al fornitore per l'erogazione del dispositivo prescritto. Quando la retribuzione riconosciuta al fornitore è uguale alla tariffa applicata o al prezzo determinato dalla stessa Asl di residenza dell'assistito, si parla di **autorizzazione tacita**. L'eventuale differenza di costo è a carico della persona assistita.

Se una persona si trova ricoverata presso una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata, non ubicata presso l'Asl di residenza, ed ha bisogno di un dispositivo, la prescrizione è inoltrata dall'unità operativa di ricovero all'Asl di residenza dell'individuo assistito. La condizione da rispettare è che il dispositivo sia necessario o urgente. Ricevuta la prescrizione dalla struttura presso cui l'assistito è ricoverato, l'Asl di residenza provvederà a rilasciare tempestivamente l'autorizzazione, anche via fax. Se si tratta di prodotti su misura (elenco1, allegato1) e vi è da parte dell'Asl il silenzio assenso, l'autorizzazione si intende concessa, dopo cinque giorni dal ricevimento della prescrizione. Se vi è autorizzazione tacita, il corrispettivo riconosciuto al fornitore è uguale alla tariffa fissata dalla regione di residenza dell'utente.

Il terzo passaggio da affrontare nel processo di erogazione dei dispositivi è la **fornitura**.

Le aziende fornitrici sono tenute a rispettare determinati tempi di consegna, specificati nell'allegato2 e diversi a seconda del tipo di prodotto, pena il rischio di incorrere in sanzioni. Se si tratta di fornire una protesi di arto, temporanea o provvisoria, non sarà modificato il tempo massimo di rilascio della prima fornitura definitiva. Se l'utente è ricoverato e la fornitura è urgente, i tempi della consegna saranno inferiori rispetto a quelli normalmente vigenti.

Al momento della consegna, il fornitore è tenuto a fornire all'utente e a chi lo assiste informazioni dettagliate sulla manutenzione e sull'utilizzo del dispositivo scelto, anche in forma scritta. L'assistito, invece, deve rilasciare al fornitore una dichiarazione di ricevuta da allegare

alla fattura trasmessa alla Asl, ai fini del rimborso. Se invece il dispositivo viene recapitato all'assistito per posta o per corriere, il fornitore dovrà allegare alla fattura una copia del bollettino di spedizione o della lettera di ventura.

Per quanto riguarda la tempistica della fornitura, il conteggio dei giorni (lavorativi) inizia dal momento in cui il fornitore entra in possesso dell'autorizzazione.

Il quarto ed ultimo passaggio nel processo di erogazione dei dispositivi è il **collaudo**.

Il collaudo viene eseguito per verificare la corrispondenza tra ciò che è stato prescritto e ciò che è stato fornito. Va anche a verificare la "congruenza clinica" tra il dispositivo fornito e le effettive esigenze del paziente.

Il collaudo è effettuato dal medico prescrittore o dalla sua unità operativa, entro venti giorni dalla data di consegna del dispositivo. Le procedure per questo passaggio iniziano dopo la consegna del prodotto: il fornitore del dispositivo deve informare l'Asl entro tre giorni lavorativi dalla consegna. L'utente è, quindi, invitato a presentarsi per il collaudo entro 15 giorni. Se l'utente non è deambulante, il collaudo avverrà presso la struttura di ricovero o a domicilio. Ogni regione fissa delle sanzioni nel caso in cui l'utente non si presenti al collaudo.

Se, all'atto del collaudo, il dispositivo non risulta rispondere alla prescrizione, il fornitore deve apportare le opportune variazioni. Questa operazione non è prevista per i dispositivi monouso (cateteri, pannoloni,...).

Gli ausili forniti attraverso il SSN e pagati completamente o in parte dalle Asl, sono coperti da una garanzia, che varia a seconda del prodotto. Il termine di garanzia dei dispositivi di serie (elenco1, allegato1) è fissato dalle gare di appalto e non può essere inferiore a quello previsto dall'allegato2 del Nomenclatore Tariffario. Anche sulle riparazioni è previsto un tempo minimo di garanzia di tre mesi.

I dispositivi protesici che appartengono agli elenchi1e2 dell'allegato1 del Nomenclatore Tariffario possono essere ceduti in proprietà all'utente e l'azienda che li cede deve garantirne la perfetta funzionalità e sicurezza. I fornitori garantiscono sulla funzionalità e sulla sicurezza dei dispositivi_forniti anche quando questi non sono effettivamente di proprietà dell'Asl, che ha saldato completamente o in parte la relativa fattura. Le Regioni hanno il potere di disciplinare le modalità di cessione in comodato dell'ausilio per il quale sia possibile il riutilizzo, al fine di conseguire economie di gestione. In particolare, se le Asl stabiliscono ed attivano programmi di riciclo, l'utente può restituire un prodotto, prima che gliene venga fornito un altro nuovo della stessa categoria.

Sui dispositivi protesici che appartengono all'elenco3 dell'allegato1 del Nomenclatore Tariffario, l'Asl deve assicurare all'utente la perfetta funzionalità e sicurezza. I contratti stipulati con i fornitori di questa tipologia di ausilio, prevedono la manutenzione e la tempestiva riparazione per tutto il periodo di assegnazione in uso all'assistito. Questi ausili, pur essendo assegnati agli utenti che ne necessitano, restano di proprietà delle Asl che li hanno forniti.

2.6. I tempi minimi di rinnovo dell'erogazione

Nell'allegato2 del Nomenclatore Tariffario sono riportati i tempi minimi di rinnovo, cioè quelle tempistiche che l'utente deve attendere prima che gli venga fornito nuovamente lo stesso ausilio. Questi limiti temporali tra la prima fornitura e quella successiva non interessano gli utenti minori di diciotto anni. Le Asl autorizzano le sostituzioni o le modificazioni dei dispositivi protesici erogati, in base ai controlli clinici previsti e secondo il programma terapeutico.

Inoltre i tempi minimi di rinnovo per un dispositivo possono essere abbreviati nei casi di necessità terapeutiche o riabilitative particolari o in caso di modifica dello stato psico-fisico dell'utente; questo avviene sulla base di una relazione dettagliata del medico prescrittore.

Nei casi di smarrimento, rottura accidentale, particolare usura dell'ausilio, impossibilità tecnica o non convenienza nella riparazione o non perfetta funzionalità dell'ausilio riparato, l'azienda Asl può autorizzare, per una volta sola, una fornitura anticipata dell'ausilio richiesto.

Il regolamento tutela le Asl, in quanto precisa che, alla scadenza del tempo minimo, il rinnovo del dispositivo è subordinato alla verifica di idoneità e convenienza alla restituzione o riparazione da parte del medico prescrittore. In questo modo, se un dispositivo, al termine del periodo previsto, è ancora in ottimo stato di funzionamento, allora si può rifiutare il rinnovo.

2.7. I dispositivi protesici temporanei, provvisori e di riserva

Il dispositivo protesico deve essere consegnato all'utente nella sua configurazione definitiva. Si contemplano, però, due eccezioni, in cui l'ausilio è consegnato al paziente in una configurazione provvisoria:

1. quando il dispositivo provvisorio è necessario per iniziare subito il trattamento riabilitativo (es.: tutori o protesi d'arto), ma non costituisce la realizzazione del prodotto definitivo;
2. quando sono forniti dispositivi protesici temporanei, che poi potranno essere utili a comporre il dispositivo definitivo: in questo modo, nei dispositivi ad altissima personalizzazione (es.: alcune protesi d'arto), si possono effettuare delle protesi di assestamento, prima di giungere alla protesi definitiva. I dispositivi protesici provvisori e temporanei possono essere prescritti in favore delle donne mastectomizzate, nei soggetti con enucleazione del bulbo oculare e nei soggetti con amputazione di arto. Per questi ultimi (amputati di arto inferiore o superiore mono e/o bilaterali) la fornitura del dispositivo provvisorio può essere alternativa a quella del dispositivo temporaneo.

Inoltre, agli utenti con amputazione di arto inferiore o bilaterale di arto superiore, possono essere forniti dispositivi protesici di riserva, poiché l'utilizzo di tali dispositivi richiede un lungo addestramento. Al contrario, ai soggetti con gravi difficoltà nella deambulazione, non è riconosciuto il diritto ad una fornitura di un dispositivo di riserva, ma la tempestiva sostituzione dei dispositivi divenuti temporaneamente non utilizzabili.

2.8. Le tariffe ed i prezzi di acquisto dei dispositivi protesici

Il Nomenclatore Tariffario attualmente vigente impone una modalità di fissazione delle tariffe a seconda del tipo di dispositivo, o meglio, dell'elenco a cui esso appartiene.

Il primo elenco, all'allegato1 (dispositivi su misura adattati), indica le tariffe massime per ciascun prodotto: le Regioni fissano un prezzo massimo delle tariffe da corrispondere al proprio territorio ai soggetti erogatori, che sia compreso tra il valore indicato nell'elenco1 ed una riduzione di questo di un valore non superiore al 20%.

Per quanto riguarda il secondo e terzo elenco, all'allegato1, le tariffe sono determinate tramite le **"procedure pubbliche di acquisto"**: il prezzo viene determinato in base a gare a cui partecipano i potenziali fornitori. Le gare possono essere a trattativa privata o appalti di concorso e sono disciplinate da un regolamento per parteciparvi. Questo regolamento verte su: le caratteristiche delle forniture richieste, le garanzie, l'eventuale manutenzione, il minimo di costo concesso, la tipologia di ditta ammessa a concorrere e tutto ciò che il committente ritiene che sia utile per la gara. Le direttive per lo svolgimento di queste procedure di acquisto sono emanate dalle Regioni e dalle Asl, così da poter garantire la capillarità della distribuzione dei dispositivi protesici, il rispetto degli standard di qualità e la disponibilità di una gamma di modelli idonea a soddisfare le specifiche esigenze degli utenti.

Le Regioni e le Province Autonome devono poi inviare al Ministero della Salute i provvedimenti regionali e provinciali di determinazione delle tariffe e dei prezzi di acquisto dei dispositivi protesici: questo serve perché, in questo modo, sarà possibile acquisire informazioni

necessarie per la programmazione sanitaria nazionale e per il monitoraggio della spesa relativa all'assistenza protesica.

2.9. Numerazione dei dispositivi protesici su misura e modalità di controllo

Nel Nomenclatore Tariffario attualmente vigente è stata adottata la catalogazione degli ausili secondo l'International Standard Organisation (ISO), che permette un raffronto ed una comparazione più precisa da un punto di vista scientifico. Nel Nomenclatore Tariffario attualmente in vigore tale classificazione ISO è affiancata dalla precedente catalogazione, tramite tavole di corrispondenza. Chi prescrive l'ausilio deve rifarsi, però, alla codificazione ISO. Le Province e le Regioni vigilano sulla corretta applicazione di questo regolamento. Su ogni dispositivo appartenente all'elenco¹, allegato¹, è riportato un numero di matricola da cui si può rilevare il mese e l'anno di autorizzazione a poter usufruire di quel dispositivo. Questo numero deve essere impresso, in modo indelebile ed in un punto non asportabile, né soggetto a logorio. Se la parte del dispositivo su cui questo numero è stato impresso viene sostituita, il numero dovrà essere reimpresso sulla parte sostituita.

3. I QUADRI NORMATIVI ESTERI

Oltre all'analisi della situazione italiana, in questa tesi ho preso in considerazione la situazione di altri quattro stati appartenenti alla Comunità Europea: Francia, Germania, Svezia, Spagna. Ho voluto analizzare brevemente la loro organizzazione sanitaria, riferendomi in modo particolare al processo di fornitura dei dispositivi protesici e assistivi.

Il seguente capitolo si basa su uno studio compilato nel giugno 2003 da Deloitte e Touche, dal titolo "Access to Assistive Technology in the European Union".

3.1. Francia: il quadro normativo

La sicurezza sociale in Francia opera come un sistema pubblico di assicurazione, che ricopre l'intera popolazione. Quindi, chiunque sia socialmente assicurato ha diritto a ricevere vantaggi sulla sicurezza sociale.

La struttura del sistema francese risale agli anni 1945-46. Da allora il sistema si è evoluto ed integrato con vari elementi ispirati dall'idea di solidarietà o di rischio condiviso a livello nazionale. La legislazione francese per le persone disabili si basa sull'Atto di Disabilità del 1975. Questo Atto mostra chiaramente il passaggio da un modello basato sull'assistenza ad uno nuovo basato principalmente sulla solidarietà. Questo documento indica i principi guida che costituiscono la struttura giuridica delle autorità pubbliche e permette alle persone disabili di ottenere il grado più elevato possibile di autonomia, sviluppo e integrazione sociale.

L'Atto di Disabilità del 1975 stabilisce che, nel momento del riconoscimento di una disabilità, sia essa motoria, sensoriale o mentale, nei bambini o negli adulti, è obbligo della Nazione fornire educazione e istruzione professionale ed impiego, garanzia di un'integrazione sociale e di reddito.

L'unico riferimento ai prodotti di tecnologia assistiva è contenuto nell'articolo 53 dell'Atto di Disabilità del 1975. Questo dice che "le procedure e le modalità per l'assegnazione delle ortesi, protesi e dispositivi per le persone con disabilità saranno semplificate progressivamente."

Prima della decentralizzazione, lo Stato era il protagonista principale per le questioni sulle persone con disabilità. Nel 1982, un numero di leggi sulla decentralizzazione e sul trasferimento della giurisdizione hanno dato responsabilità specifiche ai governi locali. Come risultato, i servizi sociali

dei consigli generali regionali hanno il compito di provvedere, con incentivi finanziari, all'autonomia delle persone disabili affinché vivano in modo indipendente.

Le Agenzie di Sicurezza Sociale (Es.: CPAM) partecipano alle soluzioni finanziarie sia attraverso i contributi con base legale nel "TIPS"⁵, che attraverso finanziamenti, cui essi non sono necessariamente obbligati dallo statuto a rispondere.

L'Atto di Disabilità del 1975 delega il riconoscimento della disabilità a due corporazioni, una per ogni *departement*: il COTOREP e il CDES. Il CDES è responsabile delle persone divenute disabili fino all'età di 20anni. Il COTOREP è responsabile per tutti gli aspetti che hanno a che fare con i disabili: il lavoro, l'educazione professionale, l'informazione, il collocamento, l'assistenza finanziaria e sociale.

La legge sulla modernizzazione sociale del 17 gennaio 2002, si compone di due parti distinte: da una parte la salute, la solidarietà e la sicurezza sociale e dall'altra il diritto al lavoro. L'articolo 53 stabilisce che "le persone con una disabilità hanno il diritto ad ottenere un

⁵ Tarif Interministériel des Prestation Sanitaires.

compenso per le conseguenze della loro disabilità, qualunque sia l'origine e la natura del danno e qualunque sia l'età, ed hanno il diritto a risorse sufficienti a coprire i bisogni essenziali della vita quotidiana.”

La Francia, però, spicca per il suo contributo sulla sicurezza circa l'acquisto degli ausili tecnici per le persone disabili molto limitato. L'innovativo LPPR⁶, basato sul precedente TIPS, stabilisce quali prodotti possono beneficiare di rimborso, in molti casi parziale. L'LPPR copre i prodotti classici, come le carrozzine (manuali ed elettriche), i bastoni, i letti e i montascale. Non c'è un regolamento né un obbligo legale a rimborsare gli altri prodotti. La legge lascia la libertà alle Regioni nel finanziare gli altri ausili.

3.1.1. La classificazione dei dispositivi assistivi

Non c'è una classificazione particolare dei prodotti di tecnologia assistiva. Come strumento informale, per lavoro, viene utilizzata la classificazione ISO9999. Per le questioni di rimborso la classificazione di riferimento è l'LPPR, che è il nome rinnovato del precedente e ben noto sistema TIPS. Comunque, l'LPPR non può essere considerata come una classificazione vera e propria perché è incompleta: per esempio, non vi sono in elenco i dispositivi moderni elettronici. Infine, la distinzione esatta tra i dispositivi medici e le tecnologie assistive è poco chiara per molti protagonisti in questo settore.

3.1.2. I fornitori

Allo scopo di essere autorizzati a vendere sul mercato francese i prodotti di tecnologia assistiva che si avvalgono del diritto al rimborso riconosciuto dalla legge, i produttori devono emettere una richiesta al CEPS⁷, affinché siano accreditati. Per i produttori stranieri, vi è in aggiunta sia l'obbligo di avere o una succursale in Francia (per la quale sarà richiesto un accreditamento), o usare un intermediario locale per distribuire i prodotti. Non vi sono regole speciali (oltre al marchio CE) per i prodotti non eleggibili al rimborso statutario.

La registrazione al CEPS è una procedura lunga. La procedura è nuova e la terminologia complessa causa problemi anche ai fornitori francesi. Inoltre, tutta la documentazione deve essere resa disponibile in Francia, sebbene questa sia una richiesta minima, dovuta al fatto che i consumatori saranno in definitiva tutti francesi.

Se un prodotto viene scelto per il rimborso, il fornitore dovrà disporre delle caratteristiche specifiche del prodotto in questione, che gli permetteranno di identificarlo. Questo succede, per esempio, nel caso delle carrozzine.

Il CERAH⁸ verifica la conformità del prodotto e lo consegna quando questo soddisfa le necessità richieste. Inoltre, allo scopo di essere autorizzati a vendere questi prodotti in Francia, i rivenditori o i distributori devono essere accreditati dal fondo assicurativo regionale di malattia⁹. Fino al periodo recente, i fornitori devono anche frequentare due giorni di addestramento obbligatorio al CERAH.

Non ci sono ostacoli particolari per le compagnie straniere che vogliono entrare nel mercato francese.

Quando vi è il rimborso statutario, che significa che il prodotto è elencato nell'LPPR, il fornitore deve effettuare la manutenzione dei prodotti. Molti fornitori includono questo servizio nel prezzo dei loro prodotti, così che le persone disabili non devono cercare altre fonti finanziarie per la manutenzione. Questo valore aggiunto del servizio a volte è percepito male dal pubblico,

⁶ Loi sur les Produits et Prestations Remboursés.

⁷ Commission d'Evaluation des Produits de Santé.

⁸ Centre d' Etudes et de Recherche sur l'Appareillage des Handicapés.

⁹ Caisse Régionale d'Assurance Maladie.

per esempio, quando si fanno le comparazioni di prezzo con i prodotti stranieri, dove questo servizio non è incluso.

3.1.3. *Gli utenti finali*

Per tutti i prodotti considerati dalla sicurezza sociale come rimborsabili, l'iniziativa è presa, in molti casi, in stretta collaborazione con il medico generico che rilascerà una prescrizione.

Per gli altri prodotti non c'è una procedura singola. Fondamentalmente la persona disabile, o la famiglia di questo, o chi lo rappresenta, prenderanno l'iniziativa nella ricerca di un prodotto adeguato.

La valutazione dei bisogni di una persona spesso è effettuata dal Sistema Sanitario Nazionale, e quindi, per esempio, in ospedale o in un centro riabilitativo o all'interno dei centri locali di servizio sociale (es.: i CCAS¹⁰). In molti casi, la valutazione può anche essere effettuata dalle singole figure professionali sociali o sanitarie, o dalle équipes multidisciplinari, più o meno strutturate, e che possono consistere, per esempio, di un medico prescrittore, un terapeuta occupazionale, e un assistente sociale.

In molti casi è il medico prescrittore che prescrive l'ausilio alla persona disabile. La scelta definitiva del prodotto viene effettuata dal medico che ha prescritto l'ausilio, coadiuvato da altre figure professionali specializzate, in quanto molti medici prescrittori non sono sufficientemente informati riguardo a ciò che offre il mercato delle tecnologie assistive.

Se la persona disabile ha già avuto un contatto preliminare con un'équipe strutturata, come, per esempio, uno SVA¹¹, allora sarà il terapeuta occupazionale trovarsi nella posizione migliore per valutare i bisogni della persona nel proprio ambiente ed a proporre una soluzione adeguata. Anche se è il terapeuta occupazionale che svolge l'analisi e giunge ad una proposta finale, comunque sarà ancora il medico che dovrà prescrivere. Normalmente il medico ed il terapeuta occupazionale fanno parte della stessa équipe. Se l'utente dispone di denaro sufficiente, allora questi è coinvolto nella scelta finale del prodotto. Come conseguenza, i criteri di selezione sono basati, nella maggior parte dei casi, in primis sul prezzo piuttosto che sull'adeguatezza funzionale del prodotto. Un criterio importante per la scelta definitiva di un prodotto è il numero dei finanziamenti che l'utente riuscirà ad ottenere. A questo proposito il primo collegamento è l'assicuratore vincolante per la salute (es.: CPAM¹²). Questo ente esamina ogni richiesta di finanziamento e le rende possibili soltanto nel caso in cui l'utente disponga di una certa disponibilità corrente di fondi. Ci sono delle condizioni severe da rispettare per le persone che richiedono questi finanziamenti. Oltre al fondo di assicurazione di malattia (CPAM), esistono varie organizzazioni che possono fornire un aiuto finanziario. Per quanto riguarda i prodotti costosi non è insolito disporre di più di venti organizzazioni diverse, in aggiunta al fondo di sicurezza sociale, ognuna delle quali contribuisce a parte del prezzo di acquisto del prodotto. Le équipes strutturate, come lo SVA, puntano a coprire un ruolo essenziale in questo ambito, nel futuro. Finora di questo aspetto si occupano le persone disabili e le loro famiglie. Spesso i fornitori agiscono anche come consulenti o facilitatori in questo processo, secondo il loro interesse, affinché la trattativa si possa ultimare.

Se il prodotto scelto è elencato nell'LPPR, allora ci sarà una tariffa di rimborso fissa, ma la differenza tra questa tariffa e l'importo complessivo del prodotto dovrà essere pagata tramite un finanziamento.

Se il dispositivo scelto è economico e di semplice tecnologia, la scelta definitiva sarà effettuata dall'utente stesso o da un suo familiare coadiuvato da una figura professionale specializzata. Se, invece, il dispositivo scelto è costoso l'utente sarà affiancato nella scelta da un terapeuta

¹⁰ Centre Comunal d'Action Sociale.

¹¹ Site pour la Vie Autonome.

¹² Caisse Primaire d'Assurance Maladie.

occupazionale, allo scopo di selezionare il prodotto più appropriato per tipo di tecnologia e costo.

La consegna del prodotto, l'addestramento e la manutenzione di solito sono effettuate dal fornitore. Se è necessaria un'installazione o una personalizzazione allora questo verrà affrontato direttamente dal fornitore. I costi associati sono normalmente inclusi nel prezzo complessivo accordato. Quando la riparazione e la manutenzione del prodotto sono forniti dall'LPPR, allora i costi associati saranno resi noti in anticipo. Quando si affrontano i fornitori stranieri, la situazione diventa più complessa e questo è dovuto alla distanza, alla mancanza di pezzi di ricambio e alla rapida evoluzione del prodotto. Molti fornitori dimostrano flessibilità rendendo i prodotti disponibili ad essere testati dai consumatori in situazioni di vita reale.

La tempistica per la consegna del prodotto varia tra uno e pochi giorni. Molto raramente, quando il dispositivo non è immediatamente disponibile in Francia, allora può essere ordinato in meno di un mese al massimo.

Il tempo di fornitura è trascurabile, se comparato con il tempo necessario ad assicurare il finanziamento. Per molti prodotti, l'LPPR stipula quale debba essere la durata della garanzia e quando può essere fornito un nuovo prodotto che sostituisca il precedente.

3.1.4. I canali informativi

Le informazioni ed i consigli per i consumatori sono largamente trattati dai centri di informazione e di consulenza sugli ausili tecnici conosciuti come CICATs¹³, dalle grandi associazioni dei consumatori come le associazioni per i disturbi neuromuscolari - l'AFM¹⁴ o l'associazione per i paralizzati APF¹⁵-e da molti fornitori direttamente. All'interno delle municipalità, possono fornire informazioni anche i servizi sociali locali.

In molti CICATs ben equipaggiati (non in tutti, però), vi è una sala espositiva dove è possibile per gli utenti visualizzare e provare il prodotto direttamente e fare anche comparazioni tra un prodotto ed un altro.

Ci sono anche molti fornitori che offrono consulenza ai loro clienti. In molti casi si può anche fornire un dispositivo a casa del cliente per un periodo libero di prova (es.:una settimana,...). Infine, si organizzano, nel corso dell'anno, una serie di eventi commerciali o esposizioni, nei quali i fornitori presentano i loro prodotti.

Anche Internet sta diventando un importante canale informativo, che permette sempre di più ai disabili di accedere direttamente ai fornitori, senza ricorrere ad intermediari. Una fonte telematica di informazioni riguardo al mondo degli ausili è www.handicat.com: in questa banca dati è possibile trovarvi tutte le informazioni riguardanti ogni tipo di dispositivo, il suo costo e le aziende fornitrici. E' un sito web utile alle persone disabili, ai loro familiari ed alle figure professionali del campo medico-riabilitativo.

3.2. Germania: il quadro normativo

In Germania, per quanto riguarda il Sistema Sanitario Nazionale, vi è una divisione dei poteri decisionali tra i Lander e il Governo Federale, con ulteriori poteri, che riguardano gli schemi di assicurazione statutaria, delegati agli enti morali non governativi.

A livello federale, i protagonisti sono il Ministro Federale della Salute ed il Parlamento. Un settore del Ministro Federale della Salute si occupa della cura della salute e dell'assicurazione statutaria sulla salute. Comunque la salute non è una responsabilità esclusivamente federale. Per esempio, i benefici sociali, le misure contro le malattie che sono pericolose per la sanità

¹³ Centre d'Information et de Conseil sue les Aides Techniques.

¹⁴ Association Française contre les Myopathies.

¹⁵ Association des Paralysés de France.

pubblica, la certificazione sui medici, sulle altre professioni sanitarie e sui farmaci, sono coperti dalla legislazione dei Länder. Quindi, tutti gli altri aspetti di sanità pubblica sono di responsabilità del Länder.

Il corporativismo ha diversi aspetti importanti. Trasmette determinati diritti dello stato, definiti per legge, alle istituzioni corporative autogovernate. La membership delle istituzioni corporative è obbligatoria. Queste istituzioni possono procurarsi le loro risorse finanziarie secondo ciò che è previsto dal regolamento dello stato a cui appartengono e sotto la tutela di quest'ultimo. Le istituzioni corporative possono siglare accordi tra di loro riguardanti i finanziamenti e i servizi da fornire ai membri che le compongono.

Nell'organizzazione della struttura assicurativa statale sulla salute, i membri che forniscono i servizi sanitari sono le associazioni legali che rappresentano i medici in contratto con lo stato. Coloro che acquistano queste prestazioni sono i fondi di assicurazione sanitaria, ovvero organizzazioni autonome predisposte su base regionale e/o federale.

La Legge Federale sull'Assistenza Sociale del 1962 regola l'assistenza sociale. Questa legge stabilisce che è obbligatorio fornire assistenza nella loro integrazione alle persone con danni o disabilità temporanee di natura fisica, mentale o psicologica.

Lo scopo è eliminare o alleviare le conseguenze comportate da una disabilità e provare a reintegrare questa persona nell'ambiente di lavoro e/o in quello sociale.

Tutti gli schemi di assicurazione sociale statutaria sono regolati dal Codice sulla Legge Sociale(SGB), la "pietra miliare" della legislazione sull'assicurazione sociale. L'SGBI definisce i diritti generali e le responsabilità degli assicurati, ed il suo libro I definisce i principi base dell'assicurazione statutaria sanitaria. Le cure a lungo termine sono regolate anche dall'autorità del Ministero Federale della Salute attraverso il libro XI del Codice delle Leggi Sociali(SGBXI). L'SGBXI entra in vigore il 1 luglio 2001 ed affronta l'inserimento e la riabilitazione delle persone disabili. L'SGBXI semplifica e raggruppa i contenuti principali e più complessi dell'SGB I, IV, X. Il concetto centrale dell'SGBXI è che, piuttosto che concentrarsi sul benessere e sulla cura delle persone disabili, dovrebbe essere importante concentrarsi sul loro inserimento nella società, mettendo da parte gli ostacoli che potrebbero compromettere le possibilità di un trattamento equo. Un altro elemento importante nell'SGBXI è l'obbligo, per i fondi di malattia, di sopportare i costi della riabilitazione, di modo da poter offrire ai disabili servizi integrativi.

L' Atto delle Persone Diversamente Abili punta specificatamente a promuovere la partecipazione nella società delle persone disabili. Questa legge è stata inserita nella parte2 dell'SGBXI. Il suo obiettivo è eliminare gli svantaggi e l'esclusione sociale delle persone disabili.

L'SGBXI distingue diverse tipologie di attività:

1. la riabilitazione medica;
2. la vita professionale;
3. il tempo libero;
4. la vita nella società.

Il costo per ognuna di queste categorie è sostenuto da diversi enti:

- i fondi di malattia (per la riabilitazione medica e il tempo libero);

- gli Uffici di Impiego Federali¹⁶ (per la vita professionale e il tempo libero);
- gli assicuratori per gli infortuni (per tutte le tipologie di attività);
- l'Assicurazione sulle vittime di guerra (per la riabilitazione medica e la vita nella società);
- l'Assicurazione pubblica per i soggetti giovani (per la riabilitazione medica, la vita professionale, e la vita nella società);
- il benessere sociale (per la riabilitazione medica, la vita professionale e la vita nella società).

I differenti enti adempiono ai loro compiti in modo indipendente e sotto la loro propria responsabilità.

3.2.1. La classificazione dei dispositivi assistivi

I gruppi di assicuratori sulla salute dispongono di una lista di ausili¹⁷.

In questo documento, aggiornato periodicamente, tutti gli ausili coperti da uno schema di assicurazione sono elencati sia con i prezzi accordati che con gli importi fissati, pagati dai fondi di malattia. La grande varietà degli ausili tecnici esistenti è ordinata in 34 gruppi di prodotti. I prodotti sono altamente differenziati a seconda del loro uso terapeutico, dei loro dettagli tecnici e della loro qualità. Solo quegli ausili che possono conformarsi a quelle caratteristiche appena scritte possono essere inseriti nell'elenco, attraverso un processo continuo di aggiornamento. I produttori possono aggiungervi i loro prodotti seguendo una procedura diretta da un fondo di malattia (l'IKK).

3.2.2. La fornitura

Attualmente, il fondo di malattia IKK¹⁸, entità responsabile del sistema di fornitura tedesco, ha sviluppato una descrizione per avere i prodotti di tecnologia assistiva. Questa descrizione si applica sia ai fornitori tedeschi di prodotti di tecnologia assistiva che a quelli stranieri. Non vi sono richieste particolari per i produttori o per i fornitori stranieri che volessero entrare nel mercato tedesco. Possedere il marchio CE è obbligatorio e sufficiente.

Comunque l'accettazione nella lista degli ausili può essere un processo lungo e complesso, che dipende dalla natura del prodotto.

Se il prodotto è considerato dal fondo di malattia a pagamento pieno o parziale, allora è necessario registrare il dispositivo nella lista degli ausili. Questa, comunque, non è una condizione obbligatoria, sebbene possano esserci dispositivi che non sono ancora stati elencati nella lista degli ausili (ma che otterranno il pagamento), dove, per esempio, non ci sono immediatamente prodotti disponibili alternativi nella lista degli ausili.

I produttori devono inoltrare una richiesta al fondo di malattia responsabile (l'IKK). La procedura ed il tempo di richiesta per la registrazione del prodotto dipendono dal fatto che il gruppo o la categoria esista già all'interno dell'elenco o meno. Un controllo sull'uso terapeutico, sull'adeguatezza e sulla qualità dell'ausilio tecnico sarà effettuato dalla Commissione Medica di Consulenza, che è un'istituzione unita di tutti i fondi di malattia. Quando il controllo è completato, l'associazione nazionale dei fondi di malattia deciderà se registrare o meno il prodotto. Esiste una procedura accelerata che può essere usata quando la decisione di accettare un prodotto deve essere presa rapidamente.

¹⁶ Bundesanstalt für Arbeit.

¹⁷ Das Hilfsmittelverzeichnis.

¹⁸ Bundesverband der Innungskassen.

Per il loro uso terapeutico non è importante solo la qualità dell'ausilio tecnico, ma anche il canale di fornitura. Il libro V della Legge Sociale (SGBV) definisce anche che, ogni volta che gli ausili tecnici sono forniti da un fondo di malattia, allora questa fornitura può essere effettuata solo se vi è anche l'autorizzazione del servizio di fornitura. Quindi il fornitore deve essere autorizzato dall'associazione regionale dei fondi di malattia. L'associazione nazionale dei fondi di malattia ha compilato delle indicazioni centralizzate per tutti i fondi di malattia regionali, così che possa esserci una procedura uniforme per fornire queste autorizzazioni ai fornitori. In aggiunta a questa autorizzazione legalmente-imposta, c'è la tendenza crescente, da parte dei fondi di malattia, di stabilire dei contratti con i fornitori. I contratti specificano, per esempio, i prezzi garantiti per i prodotti e le condizioni di fornitura dei dispositivi (inclusa la manutenzione).

3.2.3. *Gli utenti finali*

Il libro V della Legge Sociale propone specificatamente come si debba organizzare il sistema di fornitura.

Il principio base è che tutte le persone assicurate da un fondo di malattia hanno il diritto a ricevere gli ausili tecnici di cui hanno bisogno (ausili per la vista, per l'udito, le protesi, ausili tecnici ortopedici e di altro tipo,...) allo scopo di alleviare la loro situazione di disabilità. Questo è valido finché si rispettano i requisiti medici e non vi siano limiti legali di fornitura sul tipo di ausilio tecnico richiesto.

La legge stabilisce i principi per la prestazione del sistema di fornitura complessivo.

Per prima cosa, la persona deve ottenere la prescrizione dal medico generico.

La persona disabile o il corrispondente fondo di malattia invieranno la prescrizione al fornitore¹⁹, che farà una proposta per un prodotto adeguato, inclusa la dimensione finanziaria. In molti casi, la scelta è effettuata unitamente con la persona disabile.

Molti fondi di malattia stipulano dei contratti con alcune aziende fornitrici di dispositivi assistivi limitando di conseguenza la scelta dei prodotti a disposizione. Alcuni fondi di malattia dispongono di un "deposito" di prodotti utilizzati precedentemente da altri utenti; in questi casi, questi fondi tendono a proporre questi dispositivi "di seconda mano" ad un costo più conveniente. Dopo aver fornito l'ausilio tecnico presente nell'elenco del fondo di malattia, il fondo di malattia si accollerà il costo del prodotto.

Lo stesso processo avviene in caso di modifiche individuali o per le riparazioni.

Se la persona disabile sceglie un altro prodotto più costoso, allora dovrà finanziare i costi aggiuntivi, dopo una trattativa con il fondo di malattia. In ogni caso l'ausilio tecnico rimane di proprietà del fondo di malattia, cosicché si possa operare la manutenzione o le eventuali riparazioni come se l'utente lo avesse acquistato con il prezzo di elenco del fondo di malattia.

Quando il bisogno di un ausilio tecnico è solo momentaneo, può essere possibile prenderlo in prestito per la durata richiesta. Molti ausili tecnici possono essere dati in prestito dai fondi di malattia, dagli uffici sociali e dalle figure specializzate.

I fornitori delle tecnologie assistive, durante la valutazione dei bisogni del soggetto, individuano le soluzioni, sono responsabili del processo di fornitura e, se necessario, adattano il prodotto alla situazione della persona disabile. Nello stesso tempo viene effettuato un addestramento base su come utilizzare il prodotto. Spesso, però, questo addestramento è carente e quindi non è insolito per una persona disabile fare esperienza di problemi nell'utilizzo di un prodotto.

¹⁹ Leistungserbringer.

Non c'è un follow-up strutturato dopo la fornitura. E' un compito della persona disabile contattare il fondo di malattia o il fornitore del prodotto, in caso di una richiesta di manutenzione o di riparazione. Se vi è una richiesta di rivalutazione dei bisogni, allora la procedura complessiva dovrà ricominciare da capo.

3.2.4. I canali informativi

Le persone disabili possono ottenere informazioni sugli ausili tecnici da varie fonti.

Dal punto di vista medico, il medico prescrittore, il terapeuta occupazionale o anche un farmacista possono fornire informazioni utili su quale sia il tipo di dispositivo utile in un caso particolare. I fondi di malattia sono l'unica fonte di informazione sul finanziamento. Altre informazioni possono essere ottenute anche dai produttori e da altre figure specializzate durante le grandi esposizioni dei settori riabilitativi, o dalle associazioni consumatori (organizzazioni di auto-aiuto che dipendono dal tipo di disabilità). Altri consigli possono anche venire da organizzazioni come i servizi di coordinazione "Rund Ums Alter", che hanno istituito dei centri di informazione in tutta la Germania, che possono disporre di personale, per esempio, della Croce Rossa Tedesca e della Sozialverband VDK. Esiste anche, in Internet, un sistema informativo che si chiama REHADAT (www.rehadat.de) ed è finanziato dal Ministero Tedesco della Salute e della Sicurezza Sociale. Questo sistema è composto da dieci database che forniscono informazioni dettagliate su vari aspetti della riabilitazione, dell'autonomia e dell'inserimento nel mondo del lavoro. In particolare vi sono informazioni su temi come gli ausili tecnici, i casi di studio, la letteratura, la ricerca, le leggi, gli indirizzi utili, l'addestramento, i gruppi di lavoro, i vari eventi formativi, e i mezzi di comunicazione. Molte sezioni di questo sistema sono bilingui, in inglese ed in tedesco. Inoltre è disponibile, su Cd-Rom, una guida contenente 80mila documenti e 19mila immagini.

3.3. Svezia: il quadro normativo

La legislazione svedese sui diritti delle persone disabili è caratterizzata dall'ambizione di integrare la questione della disabilità nel suo contesto appropriato.

Non ci sono riferimenti particolari alle persone disabili nella Costituzione, sebbene il benessere culturale, economico e personale del soggetto sia menzionato come scopo fondamentale dell'attività pubblica.

La struttura legale e governativa sulla tecnologia assistiva è organizzata a livello nazionale, mentre l'esecuzione è nelle mani dei governi locali.

Entro questa struttura, il governo locale ha un'ampia opportunità di interpretare la legge e di dirigere le sue attività in accordo con le proprie linee guida. In Svezia ci sono due tipi di governo locale: le Municipalità²⁰ come unità locali, e i Consigli di Contea²¹ come unità regionali. La divisione del lavoro tra Municipalità e Contee si basa sul principio secondo il quale gli incarichi che riguardano una base di popolazione più ampia sono trattati dalle Contee. La Cura della Salute ne è un tipico esempio. Il ruolo delle Municipalità, dei Consigli di Contea o Regioni è definito nell'Atto di Governo Locale, ma ci sono anche molti altri compiti regolati in modo speciale.

La politica del benessere generale è fondamentale nella struttura della società svedese. La base di questa politica è un sistema di tasse in cui tutti coloro che pagano contribuiscono al bene di tutti, in accordo con le loro capacità. I fondi sono ridistribuiti con l'obiettivo di livellare le condizioni di vita delle persone, in accordo con i principi di una società egualitarista. L'ambizione è garantire una sicurezza finanziaria e diritti sociali a tutti i cittadini. Naturalmente questo sistema generale beneficia anche le persone disabili. Il principio chiave è che le persone

²⁰ Kommun.

²¹ Landsting, in molti casi chiamati Regioni.

che necessitano di tecnologie assistive possano essere esenti da tasse, senza considerare la loro situazione finanziaria.

Per le tecnologie assistive la Svezia ha un sistema decentralizzato. L'HSL, l'Atto dei Servizi Medici e della Salute, definisce il ruolo dei Consigli di Contea e delle Municipalità nel processo di fornitura dei dispositivi assistivi.

In molti casi, le Contee sono responsabili per quanto riguarda la tecnologia assistiva. Organizzano la fornitura attraverso centri di assistenza tecnologica per le persone con danni motori; centri per l'udito; centri per l'ipovisione; laboratori ortopedici,...I centri di cura primaria e le cliniche hanno anch'esse parte attiva.

In molti casi le Municipalità sono responsabili nel fornire le tecnologie assistive. La loro responsabilità coinvolge in primis i dispositivi assistivi per le persone più anziane con un danno alla mobilità. In molte Municipalità c'è un team riabilitativo che prescrive il dispositivo. Per molti utenti sono applicate delle regole speciali.

Tuttavia, una Contea può venire in accordo con una Municipalità affinché la Municipalità offra la tecnologia assistiva. Di conseguenza, non è sempre chiara la divisione di responsabilità tra Municipalità e Contee e può essere diversa attraverso tutta la Svezia.

Allo scopo di ottenere il massimo beneficio, viene presa in considerazione l'intera situazione di vita di una persona e viene valutata da un'ampia prospettiva e non da un solo punto di vista sulla tecnologia assistiva.

Le tecnologie di ausilio per la vita quotidiana consistono in tutti quei dispositivi che permettono alle persone di prendersi cura di alcune attività da soli o assistiti da qualcun altro: i bisogni primari di cura personale (vestirsi, mangiare, igiene personale), il movimento, la comunicazione con l'ambiente esterno, l'essere autonomi a casa e fuori, l'orientamento, l'organizzazione della routine quotidiana, l'andare a scuola e il prendere parte alle normali attività ricreative e del tempo libero.

I dispositivi assistivi per la vita quotidiana sono principalmente forniti in esenzione dalle tasse. In molti casi sono richiesti piccoli contributi personali. Questo si applica solo ai dispositivi assistivi per i quali sono responsabili i Consigli di Contea. Comunque la gamma dei loro servizi varia notevolmente tra le diverse parti del paese. Può succedere che un certo dispositivo assistivo non sia disponibile in una contea, mentre lo sia in un'altra.

L'Istituto Svedese sull'Handicap gioca un ruolo importante sulla tecnologia assistiva in Svezia. E' un centro nazionale di risorse sulle tecnologie assistive e sull'accessibilità, che punta a migliorare la qualità di vita delle persone disabili. Il suo compito principale è assicurare una qualità elevata ed un buon funzionamento delle tecnologie assistive e lavorare per aumentare l'accesso alla società. Il lavoro dell'istituto include la stimolazione della ricerca e dello sviluppo, l'analisi dei bisogni e la valutazione delle tecnologie assistive. Da' anche informazioni ed addestra le figure professionali sulle tecnologie assistive per le differenti categorie di disabilità. L'Istituto è anche coinvolto nella ricerca internazionale e coopera in progetti nel campo dell'assistenza tecnologica e dell'accessibilità.

La legge in merito al supporto e al servizio per le persone con determinati danni funzionali, raccomanda di lavorare con un piano individuale per ogni soggetto. Questa legge tratta in particolare i cittadini con disabilità gravi e copre i supporti ed i servizi, come l'assistenza personale. La legge sui prodotti tecnici medici è valida per tutti i dispositivi assistivi menzionati nell'HSL. I prodotti devono essere appropriati al loro uso ed il governo, o l'autorità designata dal governo, può decidere sul regolamento e sulle condizioni per acquistarli.

3.3.1. La classificazione dei dispositivi assistivi

I prodotti di tecnologia assistiva sono principalmente classificati in accordo con l'ISO9999, la classificazione scientifica degli ausili tecnici per le persone disabili.

3.3.2. La fornitura

La prima condizione per i fornitori di prodotti di tecnologia assistiva che vogliono entrare nel mercato svedese è avere una sede in Svezia.

Molti produttori che vogliono esportare in Svezia contattano per primo l'Istituto Svedese sull'Handicap.

Una seconda condizione è che i prodotti, per essere posti sul mercato devono avere il marchio CE.

Una terza condizione è sui manuali per gli utenti, che devono essere scritti in svedese.

Non vi è una vera e propria procedura valutativa per i prodotti di tecnologia assistiva posti sul mercato. Se un prodotto soddisfa le condizioni appena citate, allora non vi sono ostacoli alla messa in commercio. D'altro canto, uno sguardo alla domanda del mercato ci dice che i veri clienti e i veri responsabili delle decisioni in merito sono le Contee e le Municipalità. Queste autorità utilizzano la buona conoscenza della tecnologia assistiva da parte dell'Istituto Svedese sull'Handicap come base per le loro decisioni. Quindi, per commerciare questi prodotti in Svezia, è importante che essi siano elencati nella lista delle tecnologie assistive utili, dell'Istituto Svedese sull'Handicap.

I prodotti che appartengono a questa lista sono segnalati come pratici e sicuri.

Il collaudo e l'inserimento dei prodotti in questa lista è effettuato dall'Istituto Svedese sull'Handicap. L'Istituto Svedese sull'Handicap svolge anche altre tipologie di collaudo e di accettazione. Infatti, se un prodotto è già stato testato in un altro paese, allora il collaudo svedese sarà reso più facile e veloce.

Esiste una cooperazione significativa tra i paesi nordici: le organizzazioni dei paesi scandinavi utilizzano i risultati dei vari collaudi effettuati nei vari stati nordici. Comunque, non tutti i tipi di prodotti sono testati ed introdotti nell'elenco. Vi sono eccezioni, soprattutto tra i dispositivi venduti in larga quantità, come le carrozzine. Per i prodotti come le posate adattate, le penne, gli orologi,...i centri regionali effettuano loro proprie liste e scelte di prodotti.

Il mercato svedese è abbastanza aperto. Con una singola organizzazione, l'Istituto Svedese sull'Handicap, procura ai fornitori tutte le informazioni di cui essi necessitano. Sembra sia più facile entrare in questo mercato che in altri mercati europei.

3.3.3. Gli utenti finali

La maggior parte delle persone conosce il sistema e si rivolge ad una figura professionale per un consiglio. Queste persone diranno loro da chi farsi visitare per una valutazione.

La decisione di acquistare un prodotto di tecnologia assistiva è presa dalla persona che ne ha bisogno, o uno dei suoi familiari, in associazione con il servizio riabilitativo.

In tutta la Svezia è stato creato un sistema esteso per la fornitura di tecnologie assistive, che include i centri di tecnologia assistiva, i centri per l'ipovisione, i centri uditivi e i laboratori ortopedici e gli ospedali. Questo sistema aiuta le persone a scegliere i prodotti di tecnologia assistiva.

Per le disabilità motorie, le figure professionali nei centri di cura primaria e le unità riabilitative possono dare il giusto consiglio su chi potrebbe effettuare una valutazione in una certa Municipalità o Contea.

Le persone con un danno all'udito devono rivolgersi per prima cosa ad un medico in un centro di cura primaria, che poi potrà indirizzarli ad un centro per l'udito.

Le persone con un danno visivo possono rivolgersi ai centri per l'ipovisione della Contea.

Le persone con danni al linguaggio dovranno andare da un terapeuta del linguaggio.

E' chiaro che la formazione professionale in questo ambito di chi prescrive gli ausili gioca un ruolo chiave nel sistema.

Le tecnologie assistive devono essere prescritte. In genere è lo staff impiegato dal Consiglio di Contea e dalle Municipalità ad essere responsabile della prescrizione. Principalmente si tratta di medici, terapisti occupazionali e operatori sanitari.

La prescrizione dovrebbe essere sempre compilata in stretta collaborazione con la persona disabile interessata e dovrebbe essere basata sui bisogni specifici della persona. La tecnologia assistiva dovrebbe integrare le altre misure riabilitative. Il professionista che prescrive l'ausilio spesso consulta le altre figure che fanno parte dell'equipe.

Tutti i prescrittori devono seguire le stesse regole che l'Atto HSL ha applicato a tutte le Contee e Municipalità. Le regole per il processo di prescrizione sono le stesse. Comunque, ogni Contea può avere la sua propria struttura locale supplementare.

Il tempo richiesto per una valutazione è altamente variabile. E' importante rendere noto che la valutazione di un prodotto di tecnologia assistiva è vista come parte di un progetto di riabilitazione più ampio.

Per la scelta finale del dispositivo, il principio base rimane la necessità dell'utente. Anche la qualità del dispositivo ed il suo prezzo giocano il loro ruolo.

La decisione finale spetta al prescrittore. Questa decisione si basa su una valutazione individuale, che in molti casi deriva da un lavoro di equipe. Il prescrittore deve verificare che il consumatore possa fare un uso buono e sicuro del dispositivo. Se l'effetto dello strumento fornito si rivela diverso da quello che ci si aspettava, bisognerà cambiarlo con un altro.

Se, durante l'addestramento, si rileva che il dispositivo non è adattato completamente all'utente allora automaticamente, si effettuerà una rivalutazione.

Inizialmente i dispositivi assistivi erano esenti da tasse per l'utente. Si dovevano pagare i controlli di valutazione eseguiti dai professionisti sanitari, sebbene le visite per le prove, gli adattamenti, l'addestramento, l'istruzione ed il follow-up fossero sempre esenti. Di conseguenza, per la maggior parte delle persone, non vi erano barriere finanziarie.

Ora esiste un piccolo co-pagamento per molti dispositivi assistivi, come le scarpe ortopediche, molti dispositivi per l'udito, gli occhiali e le lenti a contatto.

Il costo complessivo di molte tecnologie assistive più recenti è completamente a carico degli utenti. Questo è il caso delle tecnologie assistive per le persone affette da disabilità mentale, le persone dislessiche e quelle che soffrono di demenze.

Infatti le possibilità tecnologiche più innovative, che derivano da nuove conoscenze, non sono introdotte immediatamente nel sistema di fornitura: la motivazione dipende solo dal fatto che generalmente è solo una questione di tempo.

Normalmente il prescrittore fornisce il dispositivo all'utente. L'utente incontra raramente il fornitore. I centri di cura primaria possono fornire molti dispositivi provenienti dalle loro riserve. La fornitura del dispositivo include l'addestramento e la documentazione è disponibile in Svezia.

Se c'è un problema con il dispositivo assistivo fornito, le persone devono comunicarlo prontamente. La rivalutazione dei bisogni è una parte degli obiettivi definiti nel piano individuale riabilitativo. Se un dispositivo non soddisfa le necessità per un periodo lungo, allora sarà sostituito.

La riparazione e la manutenzione dipendono dal dispositivo assistivo interessato e possono cambiare da regione a regione. In molti casi un dispositivo rotto si può cambiare con uno simile in deposito.

E' molto difficile valutare la durata del processo complessivo. Come già detto in precedenza, la fornitura dei dispositivi assistivi è solo un anello dell'intero processo riabilitativo. Gli utenti sono piacevolmente soddisfatti del sistema di fornitura e delle informazioni ricevute. Può succedere che, molte volte, ci voglia abbastanza tempo per ricevere un dispositivo o che il prodotto che una persona vuole non sia accessibile da subito.

Le Associazioni per le persone disabili si lamentano sulle diversità tra le regole, sulle diversità riguardanti il numero dei posti che bisogna girare per ottenere un determinato tipo di ausilio e le possibili tasse. Tutti questi aspetti variano molto attraverso l'intero paese, come risultato della decentralizzazione.

Inoltre i disabili lamentano anche il fatto di non essere completamente autonomi nella decisione circa la scelta dell'ausilio.

3.3.4. I canali informativi

Ci sono circa 30 centri di tecnologia assistiva sparsi attraverso la Svezia e raggruppati dalle Contee. Questi centri sono responsabili per molti dispositivi assistivi complicati, forniscono informazioni sulla gamma di prodotti disponibili e sui nuovi dispositivi. Sono anche responsabili per quanto riguarda l'acquisto e la consegna dei dispositivi, le riparazioni e gli adattamenti individuali. Molti di questi centri dispongono di alcune sale espositive. Le organizzazioni per i disabili condividono pienamente l'esistenza di queste sale espositive, in quanto offrono la possibilità di poter trovare qualsiasi tipo di ausilio e consentono agli utenti di trovare da soli, in prima persona, il tipo di tecnologia assistiva adatta a loro. Queste organizzazioni vorrebbero avere molte più sale espositive, ma le risorse finanziarie sono limitate. Si noti che questi centri di tecnologia assistiva, in primo luogo, affrontano soggetti con danni alla mobilità e non offrono servizio ad altre persone con altre disabilità, come quella visiva o uditiva.

L' HIDA²² è un database che contiene delle informazioni compilate dall'Istituto Svedese sull'Handicap sui dispositivi assistivi per le persone con disabilità. Il sito web HIDA contiene informazioni su più di 18.000 prodotti, elencati dal codice ISO9999, e più di 500 fornitori. Ci sono risposte a domande, come "quali compagnie forniscono le carrozzine" e "che tipo di dispositivi per l'udito sono disponibili sul mercato svedese".

3.4. Spagna: il quadro normativo

La costituzione spagnola del 1978 asserisce, all'articolo n. 49, che le autorità pubbliche possono seguire una politica di provvedimenti, trattamento, riabilitazione ed integrazione in favore delle persone con disabilità. Le autorità pubbliche assicurano che le persone disabili possono accedere ai loro diritti fondamentali così come è garantito a tutti i cittadini.

Partendo da questi principi, nel 1982, è stata introdotta la legge sull'integrazione sociale della persona con disabilità. Questa legge stabilisce una struttura generale ed obbliga tutte le autorità pubbliche a fornire il disabile di qualsiasi cosa egli necessiti per renderlo capace di esercitare il suo diritto ad un'integrazione sociale ed educativa e sull'ambiente di lavoro. Inoltre

²² Hamedel I Database.

determina i principi su cui si basa il riconoscimento di una persona come disabile. La procedura per il riconoscimento è stabilita nel Decreto Reale.

Altrettanto rilevante nel campo della Sanità Pubblica è la Legge Generale sulla Sicurezza Sociale. Questa legge stabilisce il sistema di sicurezza sociale per l'intera Spagna e regola i principi generali sulla fornitura dell'assistenza medica e farmaceutica.

La Legge Generale sulla Salute stabilisce il Sistema Sanitario Nazionale²³. Essa offre un accesso equo ai provvedimenti sanitari per tutti i cittadini spagnoli senza distinzioni. La legge differenzia i servizi di base, quelli supplementari e quelli complementari.

Il SNS è strutturato pubblicamente (prima attraverso i contributi delle assicurazioni sociali, poi completamente attraverso le imposte sui redditi). I servizi base sono completamente esenti da tasse.

I pagamenti parziali degli utenti possono essere necessari per i servizi complementari e per quelli supplementari, come i prodotti farmaceutici e molte ortoprotesi.

Un Decreto Reale regola i vari tipi di servizi medici coperti dal SNS. Si distinguono le cure primarie, le cure specialistiche, i presidi farmaceutici, i servizi complementari, l'informazione sulla salute e i servizi di documentazione. La fornitura dei dispositivi medici (incluse le tecnologie assistive) è considerata un servizio complementare. Questo vuol dire che il concetto di partecipazione finanziaria da parte del consumatore è applicabile, ma molti dispositivi sono completamente finanziati dal Sistema Sanitario.

Il Sistema Sanitario e quello dei Servizi Sociali spagnolo si sta evolvendo. Questi due sistemi, infatti, sono sempre stati una questione nazionale.

Comunque, la Costituzione Spagnola del 1978 stabilisce che vi sono 17 Regioni Autonome²⁴, alle quali la Costituzione conferisce poteri relativamente importanti nel settore dei Servizi Sociali e della Salute Pubblica.

Tra il 1978 e il 2002, un periodo relativamente lungo, i poteri esecutivi riguardanti il Sistema Sanitario Nazionale e i Servizi Sociali sono passati progressivamente alle Regioni Autonome. Durante questa fase di transizione, questa "parentesi" è stata riempita dall'azione di due istituzioni nazionali (INSALUD e IMSERSO).

Le autorità nazionali hanno ancora un ruolo base e forniscono dei budget da trasferire alle Regioni Autonome per amministrare le cure sanitarie di base e il sistema sociale. Le decisioni riguardanti l'espansione di questi due sistemi sono un problema per le Regioni Autonome, in quanto queste devono trovare il denaro da sole per qualsiasi espansione.

Queste condizioni possono creare delle diversità tra le varie Regioni nell'amministrazione delle cure sanitarie di base, che portano a disuguaglianze tra i cittadini di alcune Regioni piuttosto che di altre per ciò che concerne le cure di base di cui si può usufruire (e sulle quali i cittadini godono del diritto statutario).

Nel 1978 è stato formato un ufficio di coordinamento nazionale per ridurre questo fenomeno; quest'ufficio, comunque, non ha poteri legali.

Al momento, le Regioni Autonome hanno le loro leggi sui Servizi Sociali e di cura sanitaria. Per la Salute Pubblica la base resta ancora comune. Ma pare che ci siano, a volte, differenze significative nella fornitura dei Servizi e dei prodotti entro il Sistema ed entro le condizioni finanziarie per i pazienti.

²³ Sistema Nacional de Salud, SNS.

²⁴ Comunidades Autonomas.

3.4.1. La classificazione dei dispositivi assistivi

Per classificare i dispositivi medici in Spagna si usa l'ISO9999. La classificazione è aggiornata ed ampliata seguendo le istruzioni ISO.

Le Regioni Autonome usano vari tipi di classificazione per i dispositivi assistivi non medici.

IL CEAPAT²⁵ usa la classificazione ISO e sta cercando di introdurre una classificazione comune a tutte le Regioni Autonome.

3.4.2. I fornitori

I dispositivi medici sono regolati da diverse leggi. Entro il Sistema Sanitario Nazionale, un prodotto deve recare il marchio CE.

Tutti i dispositivi medici devono essere registrati o approvati per tipo prima di entrare sul mercato. Il regolamento, l'autorizzazione e la registrazione o approvazione sono regolati da un Decreto Reale sui prodotti sanitari. Questo Decreto Reale copre un grande numero di dispositivi di tecnologia assistiva ed espone i criteri di qualità tecnica per produrre questi dispositivi e metterli sul mercato. Il fatto che questi dispositivi debbano conformarsi con il sistema di marcature CE, sottintende il fatto che questi prodotti debbano essere sicuri, essere identificati come tali ed avere istruzioni appropriate per il loro utilizzo. Comunque, non tutti i dispositivi di tecnologia assistiva sono interessati da questo regolamento, così come non tutti sono considerati dispositivi medici (le carrozzine e le stampelle sono coperti dal sistema sanitario nazionale).

L'approvazione e la registrazione dei dispositivi medici sulla lista dei prodotti, finanziati dal sistema sanitario, è una responsabilità del Sistema Sanitario Nazionale. Per essere rimborsato dal Sistema Sanitario, un dispositivo deve essere inserito nella lista dei prodotti eleggibili per il finanziamento.

La richiesta di inclusione nella lista dei prodotti è avanzata al Ministero della Salute. Questa può essere avanzata anche da una Comunità Autonoma o da un fornitore. Anche L'utente o l'associazione dei consumatori possono prendere l'iniziativa. Il Comitato²⁶ da cui sono rappresentate le Comunità Autonome rivede le richieste e decide se il prodotto è incluso o meno nella lista. Se questo comitato decide di introdurre un nuovo prodotto, allora questo deve soddisfare la descrizione rispettata dai prodotti già inclusi nella lista. Il nuovo prodotto quindi, sarà accettato e finanziato. Una volta accettato, questo nuovo prodotto sarà introdotto nel catalogo delle Comunità Autonome. La decisione di includere un nuovo tipo di prodotto deve essere confermata da un ordine ministeriale. Il comitato può decidere se il prodotto deve essere precedentemente testato da degli esperti o da degli enti di valutazione che collaborano con il Ministero della Salute. In alcuni casi la decisione del comitato si baserà su questa valutazione.

Tra gli sforzi del Ministero della Salute ci sono quelli compiuti per redigere dei criteri tecnici per i prodotti. Esiste una guida nazionale sui modelli tecnici per le tecnologie riabilitative²⁷.

I dispositivi medici modificati devono conformarsi al Decreto Reale 437/2002²⁸. Questo regolamento introduce i criteri che i produttori devono conoscere per ottenere la licenza. Questi criteri sono riferiti alle organizzazioni interne dei produttori, allo scopo di garantire la qualità del prodotto, le qualifiche tecniche dello staff della produzione, gli archivi in cui è registrata tutta la documentazione tecnica su tutti i prodotti utilizzati entro la Spagna.

²⁵ Centro Estatal de Autonomía Personal y Ayudas Técnicas.

²⁶ Comité Asesor para la Prestación Ortoprotésica.

²⁷ Normas de ANEOR- Asociación Española de Normalización.

²⁸ Real Decreto 437/2002 de 10 de Mayo por el que se establecen los criterios para la concesión de licencias de funcionamiento a los fabricantes de productos sanitarios a medida.

Ogni produttore deve avere una persona tecnicamente qualificata in carico.

Un produttore che applica tutte queste regole può mettere il proprio prodotto sul mercato.

In pratica, il mercato spagnolo è positivamente aperto ai prodotti stranieri. Naturalmente è opportuno avere dei distributori locali.

3.4.3. *Gli utenti finali*

In Spagna molti dispositivi assistivi sono gestiti dal Sistema Sanitario Nazionale, altri dai Servizi Sociali.

L'assistenza medica di base è organizzata tramite dei "centri base" in ogni Municipalità. Normalmente una persona è assegnata ad un medico.

La legislazione stabilisce che ogni persona con diminuita abilità per educazione, integrazione sociale o occupazionale dovuta ad insufficienza fisica, mentale o sensoriale è considerata una persona disabile.

La procedura di riconoscimento e la misurazione del grado di disabilità sono regolate da un Decreto Reale.

Vi sono delle équipes per questa valutazione, composte da un medico, uno psicologo, e un assistente sociale. Questi operano sotto l'autorità delle Regioni Autonome.

Il grado di disabilità è importante, in quanto riguarda i sussidi finanziari ed i benefici in tasse. Per essere coperti dalle forniture del Sistema dei Servizi Sociali, il grado di disabilità deve essere almeno del 33%. In totale ci sono 5 gradi differenti e 5 classi di disabilità che sono determinate da fattori fisici e sociali.

L'iniziativa per ottenere un dispositivo assistivo parte principalmente dalla persona disabile o dai suoi parenti. In molti casi quest'iniziativa è sostenuta dai servizi sociali o da un terapeuta occupazionale. In molti casi, la prima figura professionale contattata è il medico, principalmente il medico generico.

Spesso l'iniziativa viene presa anche durante il ricovero in ospedale. In questo caso, i medici specialisti, gli specialisti della riabilitazione, gli assistenti sociali, i paramedici iniziano questo processo.

Un dispositivo assistivo deve essere prescritto da un medico specialista che deve seguire il regolamento sui dispositivi coperti dal Sistema Sanitario Nazionale.

Per molti dispositivi ci sono delle procedure di valutazione e delle autorizzazioni supplementari. Per i dispositivi compresi entro il sistema di servizio sociale bisogna rivolgersi al Servizio Sociale Regionale allo scopo di prendere un dispositivo assistivo.

I servizi sociali hanno dei centri di valutazione in cui la persona disabile sarà valutata con lo scopo di ottenere il dispositivo più appropriato.

La decisione sul dispositivo richiesto dipenderà dalla valutazione e dalla situazione finanziaria dell'individuo. E' importante notare che in teoria tutti i prodotti di tecnologia assistiva sono disponibili, ma la fornitura è discrezionale.

I dispositivi medici finanziati attraverso il Sistema di Sicurezza Sociale sono coperti dalla Legge sulla Sicurezza Sociale²⁹.

²⁹ Ley General de Seguridad Social-Texto Refundido. D.2005/1974 de 30 de Mayo.

Il rimborso del pagamento per i dispositivi medici è possibile, sotto il Sistema Sanitario Nazionale, solo per quei tipi di prodotti che sono incorporati nel Decreto Reale sulle Procedure Sanitarie sotto il Sistema Sanitario Nazionale³⁰.

Il Decreto Reale copre i dispositivi ortoprotesici. Le tecnologie assistive sotto questo regolamento sono:

1. le protesi esterne temporanee o permanenti;
2. le carrozzine;
3. le ortesi.

I differenti prodotti sono enumerati negli allegati II, III, IV dell'Ordine sui Servizi di Ortoprotesi³¹.

Questo equivale ad un tipo di catalogo che nomina tutti i tipi di prodotti coperti e nomina l'importo che deve essere pagato dalla persona considerata.

Ci sono dei prodotti altrettanto importanti che non sono coperti:

- i prodotti per utilizzo sportivo;
- protesi esterne in titanio, fibra di carbonio o che contengono un microprocessore;
- carrozzine in alluminio o fibra di carbonio;
- carrozzine elettriche, a meno che esse non siano per le persone disabili che sono permanentemente inabili nella deambulazione e che non possono spingere una carrozzina manuale con le loro braccia;
- le ortesi in fibra di carbonio;
- i dispositivi per l'udito per gli utenti maggiori di 16anni.

Le Regioni autonome eseguono questo regolamento.

Il trasferimento della giurisdizione alle Regioni autonome è stato progressivo e si è completato nel 2002. Le Comunità autonome vorrebbero espandere questo catalogo (la lista dei dispositivi specifici) riconosciuto dal Sistema Sanitario Nazionale. In realtà, comunque, ci sono cataloghi separati per ogni Regione autonoma e le variazioni tra i 17 cataloghi possono essere significative e rilevanti.

In molte Regioni autonome l'utente deve prefinanziare l'acquisto dei dispositivi e sarà rimborsato se l'applicazione è accettata dal sistema di rimborso. In molte Regioni, comunque, il conto è pagato direttamente dalle autorità sanitarie.

I cataloghi, di fatto, limitano la disponibilità pratica dei prodotti e in molti casi ne conseguono differenze che dipendono dalle Regioni Autonome implicate. Nella realtà sembra anche che, a volte, un prodotto sia prescritto (sulla fattura) come corrispondente al regolamento quando di fatto non lo è.

Solo un numero limitato di prodotti è sull'elenco. Molti di questi prodotti hanno un prezzo basso e molti di loro sono tecnicamente antiquati. Questo sistema è giudicato rigido e troppo basato sul costo del prodotto più che sulla sua qualità.

³⁰ Real Decreto 63/1995, de 20 de Enero, sobre ordenación de prestaciones sanitarias del Sistema Nacional de Salud.

³¹ Orden de 18 de Enero de 1996 de desarrollo del Real Decreto 63/95 de 20 de Enero, para la regulación de la prestación ortoprotésica.

Un problema molto importante, relativo alla disponibilità, è il fatto che i prodotti finanziati dal Sistema Sanitario hanno un prezzo fissato sull'elenco (prezzo massimo) del quale, in molti casi, l'utente deve pagarne una parte (le carrozzine e molte protesi, però, vengono procurate all'utente disabile senza costo). Se un prodotto supera questo prezzo, non sarà finanziato dal Sistema Sanitario.

E' stato costituito un comitato per modernizzare questa lista dei prodotti³². Questo comitato modifica il processo di prescrizione, cambia l'immissione finanziaria dell'utente ed introduce una valutazione tecnica dei prodotti che devono essere incorporati nella lista dei prodotti da finanziare. Questo processo non è vincolante per le Regioni Autonome in quanto tali, ma in pratica queste sembrano concordare con esso.

Insieme alle Comunità Autonome, questo comitato ha redatto delle linee guida per accettare le carrozzine³³, una guida descrittiva sulle ortoprotesi³⁴ e un sistema di informazione sugli atti riguardanti le ortoprotesi³⁵.

C'è un grande bisogno di coordinazione a livello nazionale.

In questi ultimi anni è stato composto un nuovo catalogo di prodotti, in cui un nuovo ordine ministeriale incorpora dei nuovi dispositivi assistivi ed introduce una classificazione dei dispositivi comune per tutte le Regioni Autonome.

Questo catalogo contiene 9 classi di dispositivi ed è composto da gruppi di prodotti. Entro questi gruppi di prodotti, sono descritti i prodotti individualmente con le loro caratteristiche, il nome del prodotto, il modello, il tipo, il materiale ed in molti casi un'indicazione sul prezzo. Sono incluse illustrazioni ed informazioni sul produttore e/o distributore. Tutti i prodotti con il marchio CE possono essere inclusi nel catalogo su richiesta del produttore o del distributore.

Questi prodotti non sono testati prima di essere inclusi nel catalogo, però il CEAPAT ha un accordo sulla valutazione del prodotto con l'Istituto di Biomeccanica di Valencia (IBV).

Si tratta di un'istituzione specializzata che eccelle nella ricerca nel campo delle disabilità, soprattutto nelle Tecnologie Assistive; questo centro dà informazioni ed indicazioni sui dispositivi assistivi. Si occupa anche di provare questi dispositivi e di valutare la disabilità. Ha rapporti con i produttori e gli utenti e collabora con tante altre organizzazioni e autorità pubbliche sulla problematica delle tecnologie assistive.

Il Sistema dei Servizi Sociali e il Sistema Sanitario coprono solo una parte dei dispositivi protesici forniti in Spagna. Gran parte degli utenti, però, si procurano gli ausili senza alcun supporto finanziario.

E' stato fatto uno studio da cui risulta che circa il 60-80% degli utenti intervistati hanno dichiarato di non aver ricevuto alcun compenso finanziario per i dispositivi assistivi. Solo il 21,2% degli intervistati, affetto da disabilità multiple, dichiara di ricevere un sostegno finanziario per ottenere il proprio dispositivo assistivo. Tra quelli che hanno dichiarato di ricevere un sostegno finanziario il 75,5% riferisce che il sostegno finanziario proviene da un settore pubblico (autorità nazionali e regionali), il 20,8% da organizzazioni private, il 5,7% dall'ONCE e l'1,9% dalla Croce Rossa spagnola.

Degli utenti affetti da disabilità multiple, che si avvalgono di un supporto finanziario per acquistare le loro tecnologie assistive, quasi un terzo dice che riceve più del 50% del costo del dispositivo.

³² Comité Asesor de Prestaciones Ortoprotesistas.

³³ Guia de pratica clinica para la indicación de sillas de ruedas.

³⁴ Guia descriptiva de ortoprotesis.

³⁵ Sistema de Información sobre Prestaciones ortoprotesica-SIPO-.

Della popolazione anziana, il 9% dichiara di ricevere un sostegno finanziario. Di questi, l'87% lo prende dal Sistema di Sicurezza Sociale.

In teoria ogni prodotto di tecnologia assistiva con il marchio CE è disponibile per le persone disabili spagnole, ma il fatto è che i dispositivi medici entro i cosiddetti cataloghi del Sistema Sanitario sono generalmente a prezzo basso e di qualità di base, così le risorse finanziarie individuabili significative sono necessarie per coloro che vogliono prendere un dispositivo moderno più appropriato.

I Servizi Sociali prendono in considerazione il reddito personale dell'individuo nel prendere una decisione su quale dispositivo sia finanziato attraverso il Sistema Sociale o no .

Il Sistema Sanitario affronta solo una parte del costo dei dispositivi per l'udito. L'ammontare può essere diverso a seconda di dove vive la persona. La sovvenzione massima è di circa 1.080euro. Per i minori di 14 anni normalmente il dispositivo è pagato completamente (senza limiti di catalogo).

Il Ministro del Lavoro e degli Affari Sociali esamina la fornitura ed il follow-up, nel redigere la normativa, insieme alle varie organizzazioni per disabili.

La pratica mostra che il tempo di attesa per un prodotto comune è troppo lungo. Dato che la maggior parte dei prodotti sono importati, non è sempre possibile provare i prodotti e in molti casi questo porta all'ottenimento di un prodotto inadatto.

Anche in caso di riparazioni una persona deve aspettare a lungo prima di riavere il dispositivo. Molte volte anche l'addestramento su come utilizzare un dispositivo è un problema complesso. I manuali d'uso per gli utenti spesso sono scritti in inglese senza la traduzione in spagnolo.

Per i dispositivi per l'udito, la procedura per ottenere un dispositivo finanziato può andare da 6 mesi a, a volte, più di un anno, a seconda della regione di residenza. Di solito vi è un periodo di prova di un mese.

3.4.4. I canali informativi

A livello nazionale esiste un centro di servizio specifico, il CEAPAT, che opera all'interno del Ministero Nazionale degli Affari Sociali³⁶.

Di fatto si tratta di un centro di informazione, valutazione e coordinazione, con uffici-succursale in altre 4 località della Spagna (Albacete, Cadiz, Salamanca; La Roja). Coordina una catena di più di 80 centri di valutazione ed informazione (CAI³⁷) pubblici e privati in tutto il paese. Molti di questi centri dispongono di esposizioni permanenti in cui gli ausili possono essere visti e provati.

Il CEAPAT si occupa di progettare, dare consigli e informazioni sull'accessibilità in generale. Da' anche informazioni e consigli sul mondo degli ausili tecnici e valuta le persone disabili, così che queste si possano procurare il dispositivo più adatto. Dispone anche di un'esposizione permanente di dispositivi e di una libreria specializzata per gli utenti delle tecnologie assistive, i produttori ed i ricercatori.

Il suo scopo è contribuire a migliorare la qualità della vita di tutti i cittadini, con un'attenzione speciale alle persone con disabilità e agli anziani.

Inoltre quest'organo partecipa a parecchi programmi nazionali e internazionali sulla tecnologia assistiva, ma non si interessa delle protesi.

³⁶ Ministero de Trabajo Y Asuntos Sociales-IMSERSO-.

³⁷ Centro de Asesoramiento e Información sobre Ayudas Técnicas.

Un' altra attività importante è la preparazione e la manutenzione di un suo catalogo di ausili tecnici. Questo catalogo è accessibile attraverso Internet, (www.catalogo-ceapat.org) reso disponibile in CD-Rom e come documento stampato, su richiesta.

Per le persone con danni visivi il più importante centro di consulenza è l'ONCE.

Il " Real Patronato Sobre Discapacidad" (un'organizzazione pubblica autonoma sotto il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali), invece, è un centro molto importante di informazione e documentazione per i problemi di disabilità.

Molti utenti non sono informati sui prodotti di cui necessitano, né possiedono una buona conoscenza sull'assistenza pubblica e privata per acquistare le tecnologie assistive. Non vi sono abbastanza centri d'informazione e le figure professionali non sembrano conoscere abbastanza sull'esistenza delle Tecnologie Assistive.

4. IL CONFRONTO TRA GLI STATI ANALIZZATI

In questo capitolo ho deciso di attuare un confronto tra la situazione degli stati analizzati con la situazione italiana (nell'Appendice A di questo elaborato si può visionare anche una Tabella Comparativa che riporta questo confronto). Questo passaggio ha un duplice valore:

1. può aiutarci a meglio comprendere come è trattato questo aspetto, come è organizzato nel nostro paese e quali sono gli aspetti più o meno evoluti nel nostro sistema;
2. può fornirci una visione più ampia e una conoscenza più vasta dell'argomento nell'ambito della realtà della Comunità Europea, a cui anche il nostro stato appartiene.

4.1. I quadri normativi

Dall'analisi dei 5 stati esaminati presi in considerazione, emergono 5 profili di quadri normativi piuttosto diversi tra loro per quanto riguarda l'organizzazione sanitaria, ma recanti anche somiglianze rilevanti.

Il Servizio sanitario risulta essere frazionato a livello regionale o locale in tutti e 5 gli stati. A livello nazionale, i vari Ministeri della Salute e/o i Parlamenti, si occupano della gestione finanziaria, dell'amministrazione o della programmazione della questione sanitaria. A livello regionale e / o locale vi è l'esecuzione delle mansioni e la loro organizzazione. Per quanto riguarda la politica di salute verso la popolazione disabile tutti e 5 i paesi puntano al benessere di questa fascia, propongono un'integrazione economica e sociale del disabile nella società, garantiscono piani educativi, istruzione professionale e possibilità di impiego al fine di garantire un'integrazione anche nell'ambiente lavorativo. L'obiettivo comune è garantire benessere, sicurezza finanziaria ed equità sociale.

Per la politica di salute della popolazione in generale vi sono sfumature tra le 5 nazioni. In Francia e Germania vige un sistema assicurativo: in Francia tutta la popolazione è coperta da un sistema pubblico di assicurazione; in Germania vi sono dei codici sulle leggi sociali che garantiscono alla popolazione degli schemi di assicurazione sociale. In Svezia vige un sistema di tasse per il quale tutti i cittadini contribuiscono al benessere della comunità al fine di livellare le condizioni di vita delle persone e garantire sicurezza finanziaria e diritti sociali a tutti i cittadini. Spagna ed Italia, invece, non adottano un sistema assicurativo, ma puntano, rispettivamente, a garantire un accesso equo per tutti i cittadini ai provvedimenti sanitari e a tutelare la salute di tutti i cittadini e la loro integrazione socio-economica, attraverso programmi di prevenzione, terapia e riabilitazione.

Una nota sulla suddivisione del potere esecutivo sanitario tra le Regioni si deve riportare in merito alla situazione spagnola: questo paese infatti ha conosciuto questa modalità organizzativa da pochi anni. Fino a qualche tempo fa, infatti, il sistema sanitario e quello sociale erano una questione solo nazionale e le Regioni Autonome non avevano poteri esecutivi, ma ci si rifaceva a due istituzioni nazionali. Per questo motivo, sono contemplabili differenze tra le varie Regioni per quanto riguarda l'erogazione dei servizi socio sanitari e delle cure di base ai cittadini di alcune zone piuttosto che di altre.

4.2. La fornitura dei dispositivi assistivi e protesici

Per catalogare i dispositivi protesici ed assistivi, tutti e 5 gli stati analizzati utilizzano la Classificazione Internazionale EN ISO 9999. Quasi ogni stato affianca a questa una seconda catalogazione, che si propone di raggruppare gli ausili secondo l'aspetto finanziario. Così, Francia, Germania ed Italia utilizzano rispettivamente:

- L'LPPR, che è una classificazione che elenca tutti quei prodotti che beneficiano di un rimborso finanziario parziale;

- Una documentazione aggiornata periodicamente (come previsto dalla legge), che elenca tutti i dispositivi con i relativi importi, sostenuti dai fondi di malattia;
- Un Nomenclatore Tariffario, emanato periodicamente dal Ministero Della Salute, che stabilisce la tipologia e le modalità di fornitura dei dispositivi e li suddivide secondo la tipologia di prodotto e la tariffa su di esso applicata.

La situazione svedese vede solo il tipo di classificazione ISO; esiste comunque un elenco, stilato dall'Istituto Svedese sull'Handicap, in cui sono elencati i dispositivi commerciabili, precedentemente giudicati idonei dalle Municipalità svedesi. Non tutti i dispositivi assistivi, però, rientrano nell'elenco dell'Istituto Svedese sull'Handicap. Infatti, i dispositivi venduti in larga quantità (carrozze ed ausili per la vita quotidiana) rientrano nelle liste stilate dai centri regionali svedesi.

Anche la Spagna si attiene all'utilizzo della classificazione ISO, anche se poi, per quanto riguarda i dispositivi cosiddetti "non medici", vi sono diverse classificazioni utilizzate all'interno delle Regioni Autonome. Per quanto riguarda, invece, i dispositivi definiti "medici" esiste un'ulteriore classificazione ad opera del Servizio Sanitario Nazionale, che elenca, dopo averli approvati e registrati, tutti quei prodotti concessi agli utenti in esenzione dalle tasse.

I quadri normativi dei 5 stati concordano sul fatto che un prodotto, prima di entrare sul mercato, debba essere autorizzato e registrato. Ciò che li differenzia fortemente è la modalità con cui questo passaggio avviene. Ognuno degli stati considerati presenta delle condizioni ai fornitori stranieri che desiderano accedere al loro mercato: questi devono avere una succursale nel paese che li "ospita" o degli intermediari locali per distribuire i prodotti. I fornitori stranieri che volessero accedere al mercato italiano o svedese possono ricevere informazioni sulle condizioni da rispettare per entrare nel mercato dei paesi sopra citati con i loro prodotti direttamente ad associazioni varie, come il SIVA³⁸ (per l'Italia), che pubblica e fornisce informazioni sui dispositivi assistivi, o l'Istituto Svedese sull'Handicap. In Germania i fornitori stranieri possono chiedere informazioni ai fondi di malattia, mentre in Spagna possono rivolgersi ai centri siti presso le varie Regioni Autonome.

Un'ulteriore condizione, per quanto riguarda la Svezia, è che i manuali d'uso degli ausili riportino le istruzioni in svedese.

Caratteristica comune a tutti gli stati, e condizione sufficiente per i fornitori stranieri che volessero accedere al mercato tedesco, è che i prodotti riportino il marchio CE. Il marchio CE è comunque una condizione sufficiente per i fornitori che vogliono introdurre il loro prodotto nel mercato europeo. Infatti, con l'unione europea, basta solo che questo marchio sia accompagnato da una documentazione tecnica che includa un'analisi dei rischi e i riferimenti alle richieste essenziali della direttiva, come la dichiarazione di conformità con le direttive emesse dai produttori. Questo viene stabilito dalle direttive europee sui dispositivi medici (93/42/EU).

La situazione è complessa anche per i fornitori che operano all'interno del mercato del proprio paese, e varia da paese a paese.

Una delle situazioni migliori è possibile osservarla in Svezia. Qui il fornitore non deve fare altro che rivolgersi all'Istituto svedese sull'Handicap, che collauderà ed accetterà il prodotto nella sua lista, dopo che, anche le Municipalità e le Contee, lo avranno giudicato sicuro e pratico. Quindi, per il fornitore, l'"unica difficoltà" rimane quella di convincere i suoi acquirenti (le varie Municipalità e Contee), che i suoi prodotti sono migliori di quelli di un altro fornitore!

In Italia l'iter per la richiesta di ausili è un po' più complicato. A seconda del tipo di dispositivo fornito, le aziende fornitrici o i produttori dovranno: risultare iscritte presso il Ministero della

³⁸ Servizio Informazione e Valutazione Ausili.

Salute (ausili su misura); garantire la presenza di un tecnico specializzato nel loro staff, che garantisca il rispetto dei tempi di consegna del dispositivo prescritto ed autorizzato (ausili di serie predisposti); partecipare a procedure pubbliche di acquisto e gare di appalto, indette dalle varie Regioni (ausili di serie). L'intera procedura, in tutti i casi sopra descritti, è supervisionata dal Ministero della Salute.

In Germania, invece questo processo sembra essere chiaro e semplice. Gli organi responsabili sono i fondi di malattia: essi decidono, grazie anche ad una commissione medica di consulenza che giudica l'adeguatezza, la qualità e l'uso terapeutico del prodotto, se il dispositivo può essere registrato o meno nel loro sistema di fornitura. I dispositivi, infatti, non potranno essere forniti secondo le procedure previste dai fondi di malattia, se non sono registrati nel loro elenco. Esistono però delle eccezioni, ad esempio, nel caso in cui il prodotto è estremamente necessario ad una persona disabile, ma non è ancora stato registrato per una questione di tempistica. L'ultima nota sul

sistema tedesco è che i fornitori devono risultare registrati ed autorizzati a vendere dall'Associazione Nazionale dei Fondi di Malattia.

Anche in Francia i fornitori devono essere registrati e autorizzati da un'organizzazione, il CEPS, e dal fondo assicurativo nazionale di malattia. Il CERAH, invece, è quell'organo che si occupa di riconoscere i prodotti eleggibili al rimborso e quindi introdurli nell'LPPR, e di organizzare brevi corsi di addestramento ai fornitori. L'unica pecca, in questo aspetto della procedura francese, consiste nel fatto che la lista dei dispositivi assistivi (LPPR) risulta essere un po' antiquata e limitata. Infatti, i prodotti della nuova tecnologia non sono nemmeno considerati e non è nemmeno pensata una procedura di accettazione e registrazione all'interno del sistema di fornitura dello stato.

La situazione spagnola, invece, prevede che il fornitore debba rivolgersi direttamente al Ministero della Salute e presentare a quest'organo ed alle Comunità Autonome, una richiesta affinché i suoi prodotti vengano registrati ed autorizzati a far parte della classificazione utilizzata nel paese. La decisione dell'avvenuta autorizzazione del prodotto e della sua inclusione nell'elenco viene confermata da un ordine ministeriale.

4.3. Gli utenti finali

Il mondo dei dispositivi e delle tecnologie assistive è veramente molto vasto e coloro che vi si avventurano per necessità e/o per interesse, per prima cosa vanno in cerca di informazioni. Ecco allora che fra gli stati analizzati si possono notare significative differenze riguardo alla disponibilità delle informazioni.

4.3.1. Ricerca delle informazioni

La situazione migliore la troviamo ancora una volta, in un paese avanzato come la Svezia. Qui, l'Istituto Svedese sull'Handicap gioca un ruolo centrale e nazionale. Infatti fornisce informazioni sulla fornitura dei dispositivi assistivi, svolge test su determinate categorie di dispositivi e dispone di un team specializzato sull'argomento; inoltre collabora anche a livello internazionale con le organizzazioni per i disabili, con le autorità di governo e con i centri di ricerca.

Anche la Francia utilizza dei canali informativi piuttosto validi: vi sono le associazioni dei consumatori, i fornitori, i servizi sociali locali, la rete Internet, e i centri di informazione e consulenza sugli ausili tecnici (CICATs). In Francia di questi centri ve ne sono circa 50 e in alcuni di questi vi sono delle sale espositive che permettono agli utenti di visualizzare, confrontare e testare i vari prodotti direttamente. Questo è un aspetto molto positivo, ma la pecca è che vi sono differenze rilevanti tra un CICAT e l'altro, per esempio, non tutti possiedono delle sale espositive....quindi l'impegno in Francia è quello di rendere questo servizio il più uniforme possibile.

In Spagna gli utenti finali sono soliti rivolgersi al CEAPAT: si tratta di un centro di valutazione, informazione e consulenza sui dispositivi assistivi e sull'accessibilità negli spazi del disabile; inoltre valuta la situazione del disabile affinché si possa trovare il dispositivo più adatto a lui. Vi sono CEAPAT dislocati in 4 località della Spagna; inoltre in Spagna il CEAPAT coordina una catena di circa 80 centri di informazione e valutazione (CAI). Gli spagnoli possono rivolgersi anche ad altri poli informativi alternativi: il "Real Patronato sobre Descapacidad", che è un centro di informazione e di documentazione per i problemi sulla disabilità, e l'Istituto di Biomeccanica di Valencia (IBV), che è un centro di ricerca nel campo della disabilità e delle tecnologie assistive e fornisce informazioni e valutazioni sulla disabilità e sugli ausili. Sembrerebbe, quindi, che la Spagna goda di un buon canale informativo per i suoi utenti, ma la falla è proprio dietro l'angolo: infatti sembra che le figure professionali dell'area sanitaria conoscano poco la materia delle tecnologie assistive e quindi non siano abbastanza preparate.

L'Italia sfrutta, come canali informativi, le associazioni per disabili sia a livello regionale che a livello locale, ma il canale informativo principale è il SIVA, noto centro di informazioni e consulenza sulle tecnologie assistive. Sul territorio italiano ve ne sono 10.

Infine la Germania attinge informazioni dai fondi di malattia, soprattutto per quanto riguarda l'aspetto finanziario, dalle associazioni per i consumatori, ... Inoltre utilizza, come fonte di informazioni le figure professionali sanitarie e/o specializzate nell'area delle tecnologie assistive: medici prescrittori, terapisti occupazionali, fornitori, ...

Mediamente, comunque, le figure professionali sono il punto di riferimento degli utenti finali che necessitano informazioni, in tutti i paesi europei; è ovvio che poi il valore dell'informazione fornita dipende dalla preparazione sull'argomento che queste persone hanno alle loro spalle. E questo dipende dal grado di sviluppo e dalla storia evolutiva delle tecnologie assistive nei vari paesi.

Vi è un ulteriore canale informativo, adottato in generale in Europa, e, quindi, riscontrato anche tra i paesi analizzati in questo capitolo. E' un canale informativo che sta crescendo in importanza e con risvolti piuttosto positivi: si tratta della rete Internet, che ha il pregio di rendere più facilmente accessibili le informazioni al pubblico disabile in prima persona, in merito alle tecnologie assistive. Infatti gli utenti possono ricercare le informazioni che desiderano attraverso i motori di ricerca, digitando le "parole chiave", oppure consultando opportuni siti Internet, come per esempio www.eastin.info.

www.eastin.info è una rete informativa di livello internazionale, aperta al pubblico dei navigatori dall'autunno del 2005 ed utile alle persone disabili, agli operatori professionali della Sanità e dell'Assistenza ed agli operatori dell'industria e del mercato degli ausili. Questo sito Web nasce da un progetto europeo che si è proposto, come obiettivo, quello di rendere disponibile una serie di strumenti, di istruzione, di guida e di orientamento sulle tecnologie per la disabilità e l'autonomia. Questi strumenti sono resi disponibili al pubblico in qualsiasi lingua. Questo perché il sito web contiene, come link, sei database europei: Italia, con il Portale SIVA; Danimarca, con HMIBASEN; Germania, con REHADAT; Gran Bretagna, con DLFDATA; Spagna, con Catalogo de Ayudas Tecnicas; Olanda, con HULPMIDDELEN WIJZER. I sistemi database nazionali sono ben strutturati e sono supportati spesso da istituzioni pubbliche allo scopo di garantire l'erogazione di un servizio di informazione ai cittadini. Lo scopo di questi database, e quindi anche quello di EASTIN, è fornire al cittadino le informazioni più aggiornate sugli ausili tecnologici disponibili e le relative caratteristiche tecniche e modalità d'uso, oltre ad altro materiale utile per incrementare la conoscenza sull'argomento sia da parte dei professionisti del settore che da parte degli utenti.

4.3.2. Riconoscimento dell'invalidità

Per poter usufruire dell'erogazione delle tecnologie di ausilio in esenzione dalle tasse, all'individuo deve essere riconosciuto un certo grado di invalidità (circa un terzo).

Tra gli stati analizzati ve ne sono alcuni che si avvalgono di équipes medico-riabilitative, che verificano il grado di invalidità della persona disabile: è il caso dell'Italia e della Spagna.

Infatti, in Spagna, un Decreto Reale regola il riconoscimento della disabilità: l'utente è valutato da un'équipe medico-riabilitativa (medici, psicologi, assistenti sociali,...) che opera sotto l'autorità delle Regioni Autonome e che valuta il grado di disabilità dell'individuo al fine di consentire la copertura finanziaria per la fornitura dei dispositivi forniti dal Sistema dei Servizi Sociali.

Anche in Italia, una Commissione Medica speciale verifica il grado di invalidità del disabile. Ogni persona assistita viene poi registrata presso la sua Asl di appartenenza su di un fascicolo che attesta la condizione di avente diritto alle prestazioni assistive, il tipo di prestazione erogata con la relativa motivazione e la data delle forniture effettuate.

Altri stati utilizzano semplicemente il proprio sistema assicurativo: in Germania e Svezia è semplicemente necessario essere assicurati presso il proprio Servizio Sanitario Nazionale o presso il fondo di malattia, per avere il diritto a ricevere gli ausili tecnici di cui si ha bisogno per alleviare la propria situazione di disabilità.

L'altra alternativa riscontrata in quest'analisi per quanto riguarda l'ambito del riconoscimento dell'invalidità è quello di affidarsi ad alcune corporazioni, come nel caso della Francia, dove il riconoscimento dell'invalidità in una persona disabile spetta al COTOREP, che si occupa di valutare tutti gli aspetti della vita di una persona, e al CDES, che si occupa, in particolare, delle persone divenute disabili fino all'età di 20 anni.

4.3.3. Valutazione dei bisogni della persona disabile

Prima di poter entrare in possesso di un ausilio è necessaria una valutazione dei bisogni della persona disabile.

Questa fase avviene in maniera leggermente diversa tra i vari stati.

In tutti i paesi presi in esame la valutazione dei bisogni della persona disabile è svolta in ospedali, centri riabilitativi o centri locali di servizio sociale e viene svolta o da un singolo professionista sta dell'area sanitaria (es.:il medico prescrittore) oppure da un'équipe multidisciplinare specializzata (es.:medico, terapeuta occupazionale, fisioterapista, tecnici esperti, assistenti sociali,...).

La valutazione deve permettere di poter individuare i bisogni reali della persona disabile nelle situazioni di vita quotidiana e di basare su questi la scelta dell'ausilio. Vi sono centri di ricerca in cui si effettuano queste valutazioni, come lo SVA in Francia, l'IBV in Spagna, il SIVA in Italia,...

E' da segnalare, in Germania la posizione avvantaggiata dell'utente in questa fase del processo: infatti, se egli non è soddisfatto dei risultati della sua valutazione, può semplicemente rivolgersi ad un altro medico specialista o ad un'altra équipe riabilitativa fino a quando non sarà soddisfatto dei propri risultati.

Il tempo della valutazione del dispositivo sulla persona è variabile.

4.3.4. Prescrizione del dispositivo

In tutti i paesi analizzati la prescrizione del dispositivo assistivo viene effettuata da un medico più o meno specializzato in materia di tecnologie assistive.

4.3.5. Scelta dei dispositivi assistivi

Per quanto riguarda la scelta del prodotto, gli utenti finali possono basarsi su svariate possibilità: i cataloghi, di cui ogni paese analizzato dispone, che però, a volte possono rivelarsi

incompleti (es.: l'LPPR che non include le nuove tecnologie o il catalogo del CEAPAT che non include le protesi,...); la disponibilità attuale dei prodotti; il prezzo del prodotto.

Si possono osservare diversità tra le varie nazioni considerate nel coinvolgimento delle figure al momento della scelta definitiva del prodotto.

Il principio con cui si attua la scelta finale del dispositivo è il medesimo in quasi tutti i paesi presi in analisi: questa infatti si basa sulla valutazione dei bisogni dell'utente e sulle sue necessità, eccezion fatta per la Francia e la Spagna, in cui prevale molto il fattore finanziario.

Il punto su cui ci si concentra di più, nell'intero processo di acquisizione di un ausilio è, dopo la valutazione dei bisogni di una persona disabile, l'aspetto finanziario.

In Francia la scelta definitiva del prodotto viene fatta dal medico prescrittore coadiuvato da alcune figure professionali specializzate sui dispositivi assistivi; se l'utente finale è in grado di contribuire economicamente all'acquisto del prodotto allora è coinvolto nel processo di scelta finale.

In Germania la scelta avviene tra il fornitore e l'utente che necessita del dispositivo e/o il fondo di malattia, che spesso stipula contratti con i fornitori.

Anche in Spagna la scelta definitiva avviene tra l'utente finale e il fornitore.

In Svezia invece la scelta finale del prodotto spetta al medico prescrittore ed infine in Italia la scelta finale del prodotto sta all'utente stesso.

4.3.6. *Aspetto finanziario*

In Svezia la fornitura dei dispositivi ed il relativo finanziamento dipendono dal tipo di prodotto, infatti è previsto un co -pagamento per certi tipi di dispositivi assistivi (es.: gli accessori per il computer oppure i dispositivi per l'udito molto costosi,...); per quanto riguarda le tecnologie più recenti, la spesa è tutta a carico degli utenti.

La situazione italiana sembra essere più semplice: tutti i prodotti di tecnologia assistiva inclusi nel nomenclatore tariffario delle protesi sono offerti all'utente dal Servizio Sanitario Nazionale in esenzione dalle tasse. Tutti quei prodotti più sofisticati che non rientrano nel nomenclatore devono essere acquistati completamente dall'utente.

Anche in Germania l'aspetto finanziario è positivo. Infatti si parte dal presupposto che tutte le persone disabili hanno il diritto a ricevere un compenso per la loro disabilità. Così i fondi di malattia forniscono loro i dispositivi necessari in esenzione dalle tasse. Può capitare però che l'utente scelga un prodotto più costoso e che non sia proposto dal fondo di malattia: in questo caso dovrà finanziare i costi aggiuntivi, in seguito ad un accordo con il fondo di malattia. Questa modalità di finanziamento sembra essere semplice e pratica per l'utente disabile.

Pare, invece, che non sia sempre così. Infatti a volte capita che gli utenti preferiscano ricevere un altro dispositivo, anziché quello proposto dal fondo di malattia. Di contro, i fondi di malattia ritengono di avere il giusto grado di esperienza per fornire all'utente il prodotto giusto. Si evince, quindi, che, sotto l'aspetto finanziario, la scelta dell'utente finale sul prodotto sia spesso parziale.

In Spagna ed in Francia possiamo ritrovare le situazioni finanziarie più complicate.

In Spagna i prodotti che possono essere forniti in esenzione dalle tasse sono elencati in un elenco riportato nel Decreto Reale sulle procedure sanitarie sotto il Servizio Sanitario Nazionale. Questi prodotti hanno un prezzo, fissato su questo elenco, di cui spesso l'utente deve pagarne una parte. Se questo prodotto supera i limiti di prezzo fissati dal documento, il prodotto non sarà finanziato dal Servizio Sanitario Nazionale e l'utente dovrà accollarsi

completamente la spesa. Spesso la questione finanziaria va a condizionare fortemente la scelta finale di un dispositivo assistivo.

Inoltre uno studio svolto dal CEAPAT mostra però che la maggior parte dei dispositivi sono acquistati senza nessun supporto finanziario da parte del sistema ufficiale di fornitura.

In Francia viene richiesto all'utente, sempre e comunque, un contributo finanziario per acquistare il dispositivo. Infatti è previsto che per i prodotti elencati nell'LPPR una parte del loro prezzo complessivo consista nella quota rimborsata all'utente dal Servizio Sanitario Nazionale, mentre la quota rimanente è finanziata dall'utente stesso. Se il prodotto non figura nell'LPPR o se vi sono dei finanziamenti complementari, l'utente deve rivolgersi all'assicuratore vincolante per la salute: questi deve esaminare la richiesta di acquisto del dispositivo e autorizzare il finanziamento in base alla disponibilità corrente dei fondi. Inoltre esistono diverse organizzazioni finanziarie che offrono aiuto finanziario al cliente nel processo di acquisto del prodotto. Questo sistema è molto svantaggioso per l'utente finale in quanto l'acquisto del dispositivo sembra essere basato più sulla situazione finanziaria del soggetto che sui propri bisogni e/o sulla qualità del dispositivo: così può capitare che due persone che magari soffrono della stessa problematica usufruiscano di due soluzioni assistive diverse, dovute alla differente situazione finanziaria.

4.3.7. La fornitura

Per quanto riguarda il processo di fornitura, esso avviene in tutti i paesi analizzati, ad eccezione della Spagna.

In questo paese, infatti, questo passaggio è estremamente difficoltoso e lacunoso: nella maggior parte dei casi i prodotti sono importati e così la fase di adattamento dell'ausilio alla persona sarà più delicata; inoltre, i tempi di attesa per la fornitura fisica del dispositivo sono molto lunghi.

Anche la realtà svedese presenta una particolarità che la differenzia dal resto dei paesi presi in esame: il dispositivo assistivo richiesto è fornito all'utente dal medico prescrittore. La fornitura del prodotto avviene in gran parte dei casi nei centri specializzati sulle tecnologie assistive.

Negli altri stati la fornitura fisica del dispositivo all'utente è effettuata da una figura specializzata, principalmente da un fornitore, responsabile anche della manutenzione e dell'addestramento all'utilizzo dell'ausilio.

Questo è quanto accade in Francia, in Germania, dove, inoltre, se l'utente ha bisogno di un dispositivo solo per un certo periodo, allora può prenderlo in prestito per la durata richiesta, e in Italia.

In particolare, nel nostro paese, il Nomenclatore Tariffario stabilisce una tempistica massima per fornire l'ausilio, che varia dai 5 ai 60 giorni lavorativi, a seconda del tipo di prodotto.

Anche in Francia la tempistica della fornitura dell'ausilio varia da uno a pochi giorni. Se il dispositivo non è disponibile in Francia, allora può essere ordinato in meno di un mese al massimo. L'intero processo di fornitura degli ausili in Francia può durare anche più di un anno, alle volte, e questo aspetto negativo è dovuto principalmente alla complessità riscontrata nel dovere ottenere le risorse finanziarie adeguate.

4.3.8. Personalizzazione dell'ausilio ed addestramento all'uso

In quasi tutti i paesi analizzati, contemporaneamente alla consegna del dispositivo prescritto, l'utente può avvalersi di un momento in cui sul proprio ausilio degli adattamenti atti a personalizzarlo sulle esigenze dell'utente stesso, e di un momento in cui la persona disabile e/o i suoi familiari vengono addestrati all'utilizzo corretto dell'ausilio.

Personalizzazione ed addestramento all'uso vengono svolti sempre da figure specializzate, principalmente dai fornitori del prodotto stesso.

Anche in questa fase, purtroppo, il paese più in difficoltà è la Spagna. Infatti, l'addestramento all'utilizzo dell'ausilio è reso difficoltoso dai manuali di uso che non recano le istruzioni in lingua spagnola.

4.3.9. Manutenzione e riparazione dei dispositivi

In linea di massima, in tutti gli stati analizzati gli interventi di manutenzione e riparazione dell'ausilio vengono effettuati da figure specializzate (principalmente i fornitori) e su richiesta dell'utente.

Ogni stato analizzato presenta, comunque, alcune particolarità nell'esecuzione di questo passaggio.

In Francia i costi di manutenzione e di riparazione sono inclusi nel prezzo del prodotto accordato al momento dell'acquisto del dispositivo e saranno resi noti in anticipo all'utente il dispositivo è elencato nell'LPPR. Per molti prodotti elencati nell'LPPR, il documento prevede una durata del periodo di garanzia e quando può essere fornito un nuovo prodotto che vada a sostituire, se necessario, il precedente.

In Germania i costi di questi interventi non graveranno sull'economia della persona disabile, ma andranno a fare parte dei costi accordati con il fondo di malattia.

In Svezia, in caso di riparazioni, gli ausili saranno sostituiti con degli altri provenienti dalle riserve dei centri specializzati sulle tecnologie assistive.

In Italia è sempre il fornitore che si occupa della manutenzione e di eventuali riparazioni sull'ausilio fornito. Inoltre, il Nomenclatore Tariffario stabilisce anche delle tempistiche minime di rinnovo, ovvero dei tempi di attesa che il soggetto deve osservare prima che gli venga fornito di nuovo lo stesso dispositivo. Le Asl poi autorizzano le sostituzioni e le modifiche sui dispositivi protesici erogati, in base a dei controlli specifici e secondo quanto previsto dal programma terapeutico. Queste tempistiche però non sono osservate negli utenti minori di 18anni.

Infine, se dovesse capitare che un ausilio si rompe, si perde, si deteriora in modo particolare o se la eventuale riparazione da effettuare si rivela non "conveniente", l'Asl può autorizzare per una volta sola la fornitura anticipata del nuovo ausilio. Il nomenclatore tariffario stabilisce comunque dei termini di garanzia che variano a seconda del tipo di prodotto.

In Spagna, invece, le eventuali riparazioni e la manutenzione dei prodotti non avvengono né a breve termine né nell'immediatezza.

4.3.10. Il follow-up

Non in tutti gli stati analizzati è presente una vera e propria fase di follow-up.

L'unico stato in cui essa è presente è l'Italia.

Nel nostro paese, infatti, entro 20 giorni dalla data di consegna del prodotto, è obbligatorio effettuare un collaudo dell'ausilio per verificare la congruenza tra ciò che è stato prescritto e ciò che è stato fornito e l'adattabilità del prodotto alla persona. Di contro, nel caso si reputi necessaria una rivalutazione dei bisogni dell'utente, sarà quest'ultimo a consultare il professionista nel momento in cui vede declinare la prestazione del suo dispositivo o quando si accorge che i suoi bisogni si sono evoluti e quindi il dispositivo non soddisfa più le sue richieste.

In Germania e in Svezia, invece, non esiste una vera e propria fase di follow-up, ma se la disabilità dell'utente evolve, sarà possibile effettuare una rivalutazione dei bisogni e quindi il dispositivo sarà sostituito. In questo caso l'intera procedura di fornitura del dispositivo ricomincerà da capo.

In Francia ed in Spagna, infine, questa procedura è pressoché assente.

5. L'IDEA DI UN MANUALE

A questo punto dell'elaborato, dopo aver analizzato l'iter burocratico che regola la fornitura degli ausili nel nostro paese e dopo averlo brevemente confrontato con altri paesi europei, sorge un quesito di importanza rilevante: "E' possibile esporre in maniera più chiara questo tipo di informazioni, in modo da rendere più comprensibili a chi utilizza i dispositivi, ovvero gli utenti, e a chi si occupa della consulenza e della loro erogazione, ovvero gli specialisti della riabilitazione?"

Normalmente gli argomenti riguardanti la fornitura dei dispositivi assistivi sono affrontati in numerosi decreti legislativi e leggi, che, ovviamente, riportano termini specifici e sintassi complesse che spesso rendono l'argomento di difficile comprensione e, a volte, addirittura noioso da consultare. Bisogna considerare che una vasta fascia della popolazione, di qualsiasi estrazione sociale e culturale, si interessa a questo argomento sia per necessità dirette (in quanto, magari, è interessata in prima persona perché utilizza un dispositivo...), che lavorative (per esempio gli "specialisti del campo"), o di altro tipo (per esempio persone che vorrebbero semplicemente informarsi e conoscere meglio l'argomento). Per questo motivo le informazioni dovrebbero essere esposte nella maniera più chiara possibile, sia per permettere, da parte degli specialisti della riabilitazione, una spiegazione facilitata degli argomenti ai loro pazienti e utenti e, naturalmente, una rapida comprensione dei vari concetti.

Da queste considerazioni nasce la domanda posta all'inizio del capitolo, che trova una sua risposta nella composizione di un piccolo manuale, una brochure, che si propone di spiegare in modo semplice e chiaro i concetti che riguardano la fornitura dei dispositivi assistivi in Italia.

5.1. *Gli obiettivi*

Con la formulazione di questo manuale si parte dal presupposto che chiunque vi si imbatte si troverà di fronte ad informazioni chiare, che non ricorrono all'uso di termini ed esposizioni complesse.

Questa brochure vuole illustrare al pubblico degli utenti ed a quello dei professionisti come vengono erogati i dispositivi assistivi in Italia; l'intento è quello di riuscire a presentare, in una forma che sia il più chiara possibile, quali tappe bisogna seguire per ottenere un ausilio nel nostro paese e quali sono gli enti e le persone fisiche a cui potersi riferire.

Ho pensato ad un manuale di questo genere poiché, esaminando la normativa italiana, ho notato che essa era composta da contenuti difficoltosi da consultare, a volte poco comprensibili per persone non addette "ai lavori".

Al contrario, questo dovrebbe essere un argomento che il pubblico dei professionisti dovrebbe avere ben chiaro in mente, in quanto queste figure dovrebbero essere in grado di trasmetterlo ai propri pazienti/utenti in maniera limpida e sintetica ed inoltre dovrebbe far parte del loro background culturale e professionale.

Per quanto riguarda il mondo degli utenti, la brochure potrebbe offrire loro un approccio più chiaro alla questione ed aiutarli, magari, a dissipare qualche loro dubbio; del resto sono proprio gli utenti i principali protagonisti in questo processo, coloro che devono riuscire a destreggiarsi in questo "mondo", in quanto, spesso, sono coinvolti in prima persona nell'utilizzo del dispositivo fornito.

Infine, questo manuale cercherà di spiegare gli elementi teorici che costituiscono il discorso "fornitura degli ausili", senza, però, evitare di riportare la pratica dei fatti, che in Italia può corrispondere, per esempio, a tempistiche dilatate in alcuni passaggi del processo di fornitura

(es.: durante l'autorizzazione) o a concetti esposti nella teoria, ma che non trovano riscontro nella realtà dei fatti (es.: simultaneità delle prescrizioni, disabilità gravissime,...).

5.2. *La scelta dei destinatari*

Come già accennato nelle righe precedenti, questo manuale è stato pensato principalmente per due tipologie di pubblico: il pubblico degli utenti e delle loro famiglie ed il pubblico dei professionisti, ovvero le équipes medico-riabilitative. Ovviamente la brochure non è riservata solo ed esclusivamente a loro, bensì è un volantino a carattere informativo che può essere consultato da chiunque lo desideri.

Gli utenti, e quindi di riflesso le loro famiglie, sono coinvolti in prima persona nel processo di erogazione degli ausili. Essi sono, come ho già scritto nel capitolo primo di questo elaborato, "operatori che intervengono nella propria riabilitazione" al fianco delle figure specializzate che si occupano di loro. Proprio per questi motivi il processo di erogazione dei dispositivi assistivi deve essere un argomento chiaro agli occhi dell'utente e dei suoi familiari.

Le équipes medico-riabilitative sono composte da figure professionali che si possono considerare complementari a quelle degli utenti e delle loro famiglie. Esse, infatti, affiancano l'utente nella scelta del dispositivo più adatto e lo istruiscono al corretto utilizzo del dispositivo.

Inoltre costituiscono la principale fonte informativa per gli utenti e le loro famiglie in merito all'erogazione dei dispositivi assistivi.

Una brochure di questo tipo può essere utile per consentire loro di trasmettere questo tipo di informazioni in modo più semplice e diretto e può permettere loro di avere una panoramica su tutti gli aspetti di un argomento come questo, che può considerarsi vasto e complesso.

5.3. *Il percorso di realizzazione*

L'idea di creare questo manuale è nata mentre preparavo i primi capitoli di questa tesi, in particolare mentre mi dedicavo al quadro normativo italiano ed al confronto di questo con gli stati europei analizzati.

Così l'ho composto.

Ho riletto i capitoli che avevo scritto sul quadro normativo italiano e degli stati europei; ho consultato nuovamente la documentazione raccolta fino a quel momento ed ho considerato tutto il Decreto Ministeriale n. 332 del 27 agosto 1999.

L'idea iniziale era quella di dedicarsi solamente ai quattro passaggi che compongono il processo di erogazione dei dispositivi assistivi e protesici. Il Decreto, però, non si limita solo a questo e, siccome l'intento della mia guida era quello di spiegare in semplici parole il contenuto della Normativa Italiana in merito a questo argomento, ho considerato ogni concetto che ritenevo potesse essere necessario all'utente.

L'idea di creare un sistema di domande e risposte, proprio come quello che avevo già letto in altri opuscoli, mi sembrava il modo più diretto per trasmettere l'argomento al lettore.

Ora dovevo pensare al modo in cui poter creare queste domande.

Inizialmente ho pensato di poterle raccogliere direttamente dalle voci dei potenziali lettori: considerare un campione di utenti (comprese le loro famiglie) e un campione di operatori del settore medico-riabilitativo ed informarsi presso di loro su quali fossero gli aspetti, nella Normativa Italiana, che loro trovavano più difficoltosi da comprendere e/o da applicare e quali fossero le domande che si ponevano più spesso (per quanto riguarda gli utenti) o a cui capitava più spesso di dover rispondere (per quanto riguarda gli operatori del settore medico-riabilitativo). Sulla base delle informazioni recepite avrei composto la mia guida.

Mi sono resa conto, però, che il lavoro compiuto avrebbe avuto una visione critica dell'argomento, un'analisi degli aspetti positivi e negativi della Normativa ed una loro spiegazione sulla base di alcune informazioni ricevute dai due campioni. Una visione che esulava completamente dalla mia, che, al contrario, intendevo creare un manuale che desse una spiegazione chiara ed oggettiva dell'argomento.

Prima di cominciare a comporlo, quindi, ho effettuato sulla Normativa una vera e propria analisi del testo: ogni concetto è stato isolato dal contesto e suddiviso in sequenze al fine di renderlo comprensibile e chiaro nella sua forma scritta.

Le domande che ho utilizzato per comporre la guida sono proprio nate da quest'ultimo passaggio.

Successivamente, ho schematizzato le idee raccolte dall'analisi della Normativa e le domande in un indice (che poi è diventato quello della guida stessa) e poi, partendo dalla parte sulle fasi del processo di erogazione dei dispositivi protesici ed assistivi, ho iniziato a creare la guida.

A lavoro ultimato, ho composto una presentazione dell'opuscolo, nella quale spiego l'intento della guida, illustro il pubblico a cui essa è rivolta e gli argomenti in essa trattati.

6. DESCRIZIONE DEL MANUALE

In allegato a questa tesi ho composto un manuale esplicativo sulla modalità con cui gli ausili vengono forniti nel nostro paese.

Aperto questo manuale si può subito notare la particolarità che lo caratterizza. Gli argomenti trattati sono esposti con un sistema di domande e risposte che hanno l'intento di rendere più comprensibili e di lettura più piacevole gli argomenti proposti.

Il manuale si suddivide in tre sezioni. La prima parte analizza il regolamento sulla fornitura dei dispositivi assistivi e protesici nel nostro paese; tale regolamento è esposto nel Testo del Decreto Ministeriale n.332 del 27-8-1999, in 12 articoli. La seconda parte analizza il contenuto degli allegati al Testo del Decreto, che riportano tutti i dispositivi forniti all'utente a carico del SSN. Inoltre spiega qual è il processo per ottenere il dispositivo. La terza parte propone alcune fonti informative utili ad approfondire o a chiarire ulteriori dubbi circa il mondo degli ausili, delle protesi e delle ortesi.

6.1. *La parte I: il Decreto*

Questa parte si compone di 10 capitoli; ogni capitolo reca un titolo che richiama quello degli articoli che compongono il Testo del Decreto Ministeriale.

Per realizzare questa parte del manuale ho letto i vari articoli del Testo del Decreto ed ho composto alcune domande, circa 1 o 2 per capitolo. Queste domande sono state ideate sulla base dei potenziali dubbi che possono nascere nel lettore che si imbatte nella lettura del Testo del Decreto Ministeriale. Le risposte date sono una rielaborazione, in una forma più semplice e scorrevole, del testo che compone i vari articoli e i loro commi. In alcuni casi ho voluto riportare nelle risposte date le parole utilizzate negli articoli del Testo del Decreto. Queste sono poste in evidenza all'interno delle risposte perché sono incluse tra virgolette e scritte con un carattere grafico diverso (sono scritte in corsivo); inoltre, alla fine della citazione, tra parentesi, è indicato il comma e/o l'articolo da cui sono tratte le parole utilizzate.

Ho deciso di usare queste citazioni per vari motivi: perché, in alcuni casi, esprimevano chiaramente il concetto di cui volevo rendere l'idea all'interno della risposta, senza ulteriori elaborazioni; e perché, in questo modo, volevo evidenziare che il lavoro effettuato è strettamente collegato al Decreto Ministeriale, in quanto si tratta semplicemente di una sua pura ed oggettiva analisi.

6.2. *La parte II: gli Allegati*

La seconda parte si apre con una piccola introduzione che spiega, in modo breve e schematico, la struttura del Nomenclatore Tariffario: di quante sezioni è composto, quali e quanti sono gli allegati e che cosa trattano.

A questa parte introduttiva succede una descrizione più dettagliata dei vari allegati: i primi due capitoli di questa seconda parte illustrano più in dettaglio l'Allegato 1 e i suoi tre elenchi; il terzo capitolo mostra la struttura del secondo Allegato.

La seconda parte del manuale è organizzata in maniera differente rispetto alla prima. Infatti, nel descrivere i vari elenchi, ho utilizzato, in apertura di ogni capitolo, la definizione tratta dagli articoli del Testo del Decreto. Come per la parte precedente, anche in questo caso le citazioni utilizzate sono state riportate nel testo tra virgolette, utilizzando il carattere grafico corsivo e riportando in parentesi il testo dell'articolo e del comma del Decreto Ministeriale da cui ho tratto la definizione. Le motivazioni del loro utilizzo sono le medesime che ho spiegato nel paragrafo precedente.

Dopodiché ho illustrato il contenuto dei vari elenchi.

Per spiegare meglio questa parte ho descritto alcune sezioni delle tavole di consultazione prelevate direttamente dagli elenchi del Nomenclatore Tariffario: ho illustrato la composizione di queste tabelle ed il significato dei loro contenuti.

A questa fase descrittiva segue la formulazione di una domanda che mi aiuta a spiegare al lettore come avviene il processo di erogazione del dispositivo desiderato; in poche parole spiego che cosa deve fare l'utente dal momento in cui gli viene prescritto l'ausilio al momento in cui gli viene consegnato.

Il terzo capitolo di questa seconda parte analizza, in modo schematico, il contenuto del secondo Allegato del Nomenclatore Tariffario. La composizione di alcune domande mi ha aiutato a spiegare, in modo chiaro, i concetti riguardanti le tempistiche di rinnovo dei dispositivi in uso agli utenti.

6.3. La parte III: i canali informativi

La terza ed ultima parte di questo manuale indica al lettore a quali fonti informative si può riferire per cercare ulteriori informazioni o approfondire ulteriormente le proprie conoscenze riguardo alle questioni legate al mondo degli ausili.

Una domanda, sempre da me formulata, mi aiuta a presentare al lettore le fonti informative di cui può usufruire il lettore.

Ho citato i centri di informazione e consulenza sulle tecnologie di assistenza (SIVA- Servizio di Informazione e Valutazione Ausili) presenti in Italia, ma ho dato un'importanza nettamente rilevante alla rete Internet, in quanto è un canale informativo valido, facile da utilizzare, e attraverso il quale le notizie desiderate si reperiscono in maniera veloce.

In questo senso, quindi, ho riportato alcuni siti Web che si riferiscono a vari argomenti: informazioni generiche sugli ausili, informazioni sulla legislazione in tema di disabilità, informazioni sui software didattici per i deficit cognitivi e i disturbi dell'apprendimento e le informazioni sull'accessibilità e le barriere architettoniche.

CONCLUSIONI

Eccomi giunta alla fine del mio lavoro. Questa tesi, alla fine, ha avuto un duplice scopo: spiegare la situazione italiana riguardo all'erogazione degli ausili e metterla a confronto con alcuni stati europei; creare uno "strumento facilitatore" al fine di chiarire, utilizzando un modo di scrivere semplice, un regolamento che spiega come ottenere gli ausili nel nostro paese.

Ho analizzato le varie tipologie di dispositivi assistivi, spiegato come questi si adattano alla persona che li dovrà utilizzare. Ho illustrato in modo approfondito la situazione italiana riguardo alla fornitura dei dispositivi assistivi; ho stilato un rapido profilo della situazione di alcuni stati europei e l'ho posto a confronto con quella italiana. Infine ho composto un manuale che facilitasse la comprensione della situazione del nostro paese a qualsiasi lettore.

Il primo risultato concreto di questa tesi è la realizzazione di questo manualetto. L'ideazione e la composizione di questa guida sono spiegate negli ultimi due capitoli di questo elaborato; in particolare, nell'ultimo capitolo ho descritto le parti di questo manualetto, come ad evidenziare i contenuti e lo stile con cui essi sono trattati, ovvero le domande e le risposte per facilitare al lettore l'assimilazione dell'informazione. Inoltre, in allegato alla tesi, nella "tasca" della copertina di questo elaborato, si può trovare, da visionare, un modellino di questa guida.

Studiare ed analizzare il processo che porta ad ottenere un ausilio nel nostro paese mi ha consentito di approfondire un argomento accennato durante le lezioni del corso di Terapia Occupazionale. La situazione italiana sull'erogazione degli ausili sembra essere piuttosto completa e facile da rispettare, sia dal punto di vista dei fornitori e degli operatori sanitari specializzati nel settore, sia dal punto di vista degli utenti. Si riscontrano, però, alcune imprecisioni rilevate nella catalogazione di alcuni dispositivi assistivi all'interno del Nomenclatore Tariffario; imprecisioni che possono essere imputate, principalmente, al fatto che il regolamento attualmente vigente cominci ad essere considerato un po' datato.

Lo studio del sistema di erogazione dei dispositivi assistivi in altri paesi europei è stato effettuato principalmente per una questione di curiosità. Ero interessata a scoprire come questo processo veniva condotto in altri stati. Ogni paese europeo analizzato nell'elaborato affronta questo processo in maniera diversa, a seconda dell'impostazione del proprio Sistema Sanitario Nazionale.

Mettendo questi paesi, Italia compresa, a confronto tra di loro emergono aspetti più o meno evoluti nella modalità di affrontare l'erogazione dei dispositivi assistivi. In particolare, ho notato che l'Italia è il paese in cui il processo di erogazione dei dispositivi assistivi avviene nella modalità più articolata.

Sicuramente la realizzazione di questa tesi è stata molto interessante e complessa. Le difficoltà principali le ho riscontrate confrontando tra di loro le varie realtà analizzate, in quanto ho dovuto considerare molte caratteristiche per stilare un confronto il più esaustivo possibile; inoltre alcuni stati godono di un'organizzazione abbastanza complessa da comprendere. Un'altra difficoltà l'ho riscontrata, in generale, nello scrivere la mia tesi. Questo è stato l'elaborato più lungo che abbia mai composto in tutta la mia carriera da studentessa: mi sono resa conto di quanto sia complicato "scrivere in italiano" utilizzando un linguaggio ed una sintassi semplice e scorrevole.

Infine, questo elaborato tratta regolamenti e norme, che sono materie in continua fase di revisione, soggette a periodiche modifiche. Tutto ciò che è stato discusso in questa tesi, quindi, resta una problematica aperta ad approfondimenti ed ulteriori analisi future.

BIBLIOGRAFIA

1. R. Andrich, "Ausili per l'autonomia" Fondazione Pro Juventute Don Carlo Gnocchi IRCCS, 1988.
2. T. Redaelli-L. Valsecchi, "Terapia Occupazionale-metodologie riabilitative e ausili", SOLEIpress.
3. Decreto Ministeriale 27 agosto 1999, n. 332.
4. Legge 11 febbraio 1980, n. 18.
5. Legge 15 ottobre 1990, n. 295.
6. Legge 5 febbraio 1992, n. 104.
7. Decreto Presidente della Repubblica 30 giugno 1965, n. 1124.

SITOGRAFIA

www.famigliesma.org

www.hanylex.org

www.aslsondrio.it/dipartimento/sanita_base.asp

www.ministerosalute.it/ministero/sezministero

www.comune.torino.it/infoglio/transalp/schede/sanita/ssn.htm

www.mondoausili.it

http://portale.siva.it/servizi/guida/siva_ITA.htm

http://europa.eu.int/comm/employment_social/publications/2004/cev503003_en.pdf

www.infermierionline.net/specialistiche/nursing_nella_riabilitazione.htm

www.ilfisiatra.it/handicap.htm

www.eastin.info

www.handicat.com

www.rehadat.de

www.catalogo-ceapat.org

www.handicapincifre.it

<http://sda.itd.ge.cnr.it>

www.elsa.hbgroup.it

www.domoticaamica.it

www.mobilita.com

APPENDICE A – TABELLA COMPARATIVA

	FRANCIA	GERMANIA	SPAGNA	SVEZIA	ITALIA
Canali informativi	Centri di informazione e consulenza sugli ausili, conosciuti come CICAT; associazioni consumatori; fornitori; servizi sociali locali, rete Internet.	medici prescrittori ed altre figure professionali specializzate; fondi di malattia; fornitori; associazioni consumatori; guida agli ausili, in versione elettronica disponibile su CD-Rom.	CEAPAT, con i suoi 80 centri di informazione e valutazione (CAI); istituzioni pubbliche sotto il Ministero del Lavoro e degli Affari Sociali, come il "Real Patronato Sobre Discapacidad"; istituzioni specializzate come l'IBV.	Istituto Svedese sull'Handicap anche attraverso il database HIDA, che contiene informazioni sui dispositivi assistivi per le persone disabili; figure professionali specializzate; centri di tecnologia assistiva; organizzazioni per disabili.	Figure professionali specializzate; associazioni per disabili a livello locale e regionale; centri di informazione e valutazione specializzati, come il SIVA.
Regolamento in uso	Classificazione ISO9999 e la classificazione LPPR.	Esiste una lista di ausili-das Hilfsmittelverzeichnis coperti da uno schema di assicurazione, con importi fissati e pagati dai fondi di malattia. Viene aggiornata regolarmente. E' suddivisa in 34 gruppi di prodotti.	Classificazione ISO 9999. Il CEAPAT sta introducendo una classificazione comune a tutte le Regioni Autonome, basandosi sulla ISO.	Classificazione ISO9999.	DM n.332 del 27-08-1999, Nomenclatore Tariffario delle Protesi-Regolamento recante le norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio Sanitario Nazionale-
Aventi diritto	Tutte le persone disabili, indipendentemente dall'origine del loro danno e dall'età.	Tutte le persone assicurate da un fondo di malattia hanno il diritto a ricevere gli ausili tecnico di cui hanno bisogno allo scopo di alleviare la loro situazione di disabilità.	Tutte le persone disabili con un grado di invalidità a partire dal 33%.	Tutte le persone disabili che necessitano di tecnologie assistive, indipendentemente dalla loro situazione finanziaria.	Tutte le persone disabili che hanno richiesto ed ottenuto un'istanza di invalidità superiore ad un terzo, in seguito ad una visita medica condotta da una commissione medica specializzata. Fanno eccezione gli invalidi

					sul lavoro, che sono regolati da un altro decreto e fanno riferimento all'INAIL.
Aspetto finanziario	L'utente deve versare, sempre e comunque, un contributo finanziario per acquistare il dispositivo. Se il prodotto non è incluso nel Regolamento o se vi sono dei finanziamenti complementari, l'utente si rivolge all'assicuratore vincolante per la salute, che esamina la richiesta di acquisto del dispositivo ed, a seconda della disponibilità corrente dei fondi, autorizza il finanziamento.	I fondi di malattia forniscono i dispositivi agli utenti in esenzione dalle tasse. Se l'utente sceglie un prodotto più costoso, finanzia i costi aggiuntivi in seguito ad una trattativa con il fondo di malattia.	I prodotti possono essere forniti in esenzione dalle tasse, ma spesso gli utenti pagano comunque una parte della spesa. Se il prodotto desiderato supera i limiti di prezzo fissati nell'elenco, l'utente dovrà accollarsi la spesa intera.	A seconda del tipo di dispositivo richiesto è previsto un co-pagamento da parte dell'utente.	Tutti i prodotti assistivi e protesici sono forniti all'utente dal Servizio Sanitario Nazionale in esenzione dalle tasse. I prodotti che non rientrano nel Nomenclatore sono completamente acquistati dall'utente.
Prescrizione	Medico prescrittore coadiuvato dalla sua équipe multidisciplinare.	Medico prescrittore.	Medico prescrittore.	Lo staff impiegato dal Consiglio di Contea e dalle Municipalità: esso è composto da medici, terapisti occupazionali, ed altre figure sanitarie.	Medico specialista prescrittore coadiuvato dalla sua équipe e l'utente stesso.
Fornitura	Fornitore, che si occupa anche dell'addestramento all'utilizzo dell'ausilio.	Fornitore e fondo di malattia con cui questi ha il contratto. L'utente può richiedere l'addestramento all'utilizzo dell'ausilio.	Non esiste una figura dominante perché nella maggior parte dei casi i prodotti sono importati e quindi vi sono tempi di attesa molto lunghi per la fornitura del prodotto.	Colui che prescrive è anche colui che fornisce l'ausilio all'utente. L'utente può richiedere l'addestramento all'utilizzo dell'ausilio.	Fornitore che rilascia all'utente ed ai suoi familiari informazioni sulla manutenzione e sull'utilizzo dell'ausilio.
Scelta finale del prodotto	Spetta al medico prescrittore, coadiuvato da figure	Spetta all'utente, al fornitore del prodotto ed al fondo di malattia che	Avviene tra utente finale e fornitore. L'utente avanza tre richieste di prezzo al	Spetta al medico che ha prescritto il dispositivo all'utente	Spetta all'utente con l'aiuto delle figure professionali

	coadiuvato da figure professionali specializzate sui dispositivi assistivi. L'utente viene coinvolto solo se è in grado di contribuire economicamente all'acquisto del prodotto.	al fondo di malattia che stipula il contratto con il fornitore.	tre richieste di prezzo al fornitore e questi avvanzerà la sua offerta basandosi su una sola richiesta.	all'utente.	professionali specializzate.
Riparazioni e follow-up	Il fornitore si occupa della manutenzione del dispositivo e i costi di manutenzione sono inclusi nel prezzo del prodotto, accordato al momento dell'acquisto.	Non esiste una vera e propria fase di follow-up dopo la fornitura. L'utente contatta il fondo di malattia o il fornitore del prodotto nel caso egli necessiti o di un riadattamento del dispositivo.	Fase praticamente inesistente, nella maggior parte delle casistiche.	Gli utenti devono comunicare ai centri di cura primaria o all'èquipe che ha prescritto loro l'ausilio eventuali adattamenti da farsi sul dispositivo, senza sostenerne i costi. Se l'ausilio si rompe sarà sostituito con un altro in approvvigionamento nei centri specializzati sulle tecnologie assistive.	L'utente si rivolge al fornitore in caso di riparazioni rispettando le tempistiche e le casistiche previste dal regolamento. E' presente un follow-up: entro 20giorni dalla data di consegna il medico prescrittore verifica la congruenza tra ciò che è stato prescritto e ciò che è stato fornito all'utente e verifica l'adattabilità del dispositivo alla persona.

APPENDICE B - IL MANUALE

1. IL DECRETO

1.1. GLI AVENTI DIRITTO

1.1.1. Chi sono le persone che hanno diritto alla fornitura di protesi, ortesi ed ausili in Italia?

Il comma 1 dell'art. 2 del Decreto Ministeriale 27-8-1999 riporta un elenco in cui sono citate tutte le tipologie di soggetti che possono usufruire dell'erogazione dei dispositivi assistivi a carico del Servizio Sanitario Nazionale. A questo elenco appartengono:

- **Gli invalidi civili, di guerra e per servizio;**
- Tutte le persone **affette da sordità** dalla nascita o ,comunque, prima dell'apprendimento del linguaggio;
- **I soggetti non vedenti**, colpiti da cecità assoluta o con un residuo visivo non superiore ad un decimo;
- **I soggetti minori di 18 anni**, che necessitano di un intervento di prevenzione, cura e riabilitazione di un'invalidità permanente;
- **Gli invalidi in attesa di accertamento**, che si trovano impossibilitati nella deambulazione, senza l'aiuto permanente di un accompagnatore, o che necessitano di un'assistenza continua poiché non sono in grado di compiere autonomamente gli atti quotidiani della vita;
- **I soggetti che presentano istanza e sono in attesa di riconoscimento**, ai quali sia stata riscontrata e verbalizzata una menomazione che comporta una riduzione della capacità lavorativa superiore ad un terzo, in seguito ad un accertamento sanitario effettuato da una Commissione Medica dell'Asl;
- Le persone **che hanno subito interventi di entero-urostomia, tracheotomia o amputazione di arto** e **le persone** che, a causa di gravi patologie, sono **costrette all'allettamento**, previa presentazione di una certificazione medica. In questi casi la prescrizione indicherà i dispositivi protesici elencati nell'Allegato 2, di cui possono usufruire per un periodo intercorrente fino alla prossima visita di controllo, e comunque per un periodo non superiore da un anno. La prima prescrizione deve tener conto della necessità di verificare l'adattabilità del paziente all'ausilio prescritto;
- Le **donne che hanno subito un intervento di mastectomia** e le **persone che hanno subito un intervento demolitore dell'occhio**;
- Le **persone ricoverate in una struttura sanitaria accreditata, pubblica o privata**, affette da menomazioni gravi e permanenti per le quali il medico responsabile dell'unità operativa certifica la contestuale necessità ed urgenza nell'applicazione di una protesi, di un'ortesi o di un ausilio prima della dimissione, per consentire l'attivazione tempestiva o la conduzione del progetto riabilitativo. In questo caso, insieme alla fornitura di una protesi o di una ortesi o ausilio, deve essere avviata anche la procedura per il riconoscimento dell'invalidità.

Attenzione!

Il testo del Decreto Ministeriale, nel comma 2 dell'art. 2 , specifica che, per quanto riguarda i **soggetti invalidi del lavoro**, " i dispositivi dovuti ai sensi del Decreto del Presidente della Repubblica n. 1124 del 30-6-1965, sono erogati dall'Istituto Nazionale per l'Assicurazione contro gli Infortuni sul Lavoro(INAIL), con spese a proprio carico, secondo le indicazioni e le modalità stabilite dall'istituto stesso".(comma 2, art. 2, D.M. n. 332,27-8-1999)

1.2. I FORNITORI DEI DISPOSITIVI PROTESICI:

1.2.1. Chi si occupa della fornitura dei dispositivi contenuti negli elenchi del Nomenclatore Tariffario?

Per quanto riguarda l'erogazione dei dispositivi riportati nell'Elenco 1 , Allegato 1, del Nomenclatore Tariffario, "le Regioni e le Aziende Asl si rivolgono ai soggetti autorizzati all'immissione in commercio, alla distribuzione ed alla vendita". (art. 3, comma 2, D.M. n.332, 27-8-1999)

Queste aziende fornitrici devono avvalersi di un tecnico abilitato che operi in nome e per conto dell'azienda fornitrice a cui appartiene tramite un rapporto professionale o di dipendenza.

Per quanto riguarda, invece, l'erogazione dei dispositivi appartenenti agli elenchi 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario, questi sono erogati direttamente dalle Asl in seguito a contratti stipulati tra le Regioni o le Asl e i fornitori che si sono aggiudicati le procedure pubbliche di acquisto (gare di appalto).

1.2.2. Se il dispositivo di cui ho bisogno non figura nel Nomenclatore Tariffario, che procedura dovrò seguire per procurarmelo?

I dispositivi assistivi ,che saranno comunque prescritti dal medico specializzato, possono essere anche acquistati direttamente dall'utente stesso o dai suoi familiari, presso una qualsiasi ditta fornitrice. Ovviamente le spese saranno tutte a carico dell'utente. E' comunque prevista un detrazione IRPEF del 19%, per l'acquisto di carrozzine per disabili; apparecchiature per il contenimento delle fratture, ernie o per la correzione dei difetti della colonna vertebrale;l' acquisto di arti artificiali per la deambulazione; gli ausili per il sollevamento (es.: sollevatori, piattaforme elevatrici, servoscala,...). Possono usufruire della detrazione IRPEF tutti quei soggetti che hanno ottenuto il riconoscimento dell'invalidità dalle Commissioni Mediche Specializzate. Per far sì che la detrazione IRPEF sia riconosciuta è necessario conservare la documentazione fiscale rilasciata dai percettori delle somme(es.: fatture, ricevute fiscali, quietanze di pagamento...) in modo da poterla esibire o trasmettere, su richiesta, agli uffici finanziari. Per quanto riguarda le protesi bisogna conservare anche la prescrizione del medico curante. Nel caso di acquisto dei dispositivi tecnici informatici, bisogna conservare, oltre alla fattura, una certificazione del medico curante che attesti che l'ausilio di cui si è in possesso serve a facilitare l'autosufficienza e l'integrazione nella società del soggetto disabile. In relazione all'imposta sul valore aggiunto si applica l'aliquota IVA agevolata del 4% sui dispositivi necessari alla deambulazione e al sollevamento; sui dispositivi tecnici ed informatici ed, in genere, su tutti quei dispositivi basati su tecnologie meccaniche , elettroniche o informatiche, che permettono di facilitare la comunicazione, l'elaborazione scritta o grafica, il controllo dell'ambiente, la possibilità di accedere all'informazione e alla cultura e che permettono di assistere la riabilitazione.

1.3. EROGAZIONE DEI DISPOSITIVI ASSISTIVI E PROTESICI:

1.3.1. Com'è strutturato il momento dell'erogazione dei dispositivi assistivi e protesici?

"L'erogazione a carico del SSN delle prestazioni di assistenza protesica è subordinata al preliminare svolgimento delle seguenti attività: prescrizione, autorizzazione, fornitura e collaudo." (comma 1, art. 4, D.M. 332 27-8-1999)

La **prescrizione** è compilata da un medico specializzato ed è parte integrante del programma di prevenzione, cura e riabilitazione dell'utente. Si compone di:

- Una diagnosi della situazione della situazione clinica dell'utente;
- Una valutazione clinica e strumentale dell'utente;
- L'indicazione del dispositivo prescritto, completa di codice identificativo ed eventuali adattamenti necessari a personalizzarlo;
- Un programma terapeutico di utilizzo dell'ausilio e le modalità di verifica in base all'andamento del programma terapeutico;
- Una parte informativa sulle caratteristiche funzionali e terapeutiche e sul modo d'uso del dispositivo stesso.

Al passaggio della prescrizione succede quello dell'**autorizzazione**. Sono le Asl di residenza della persona assistita che si occupano di rilasciare l'autorizzazione alla fornitura del dispositivo. L'Asl deve concedere tempestivamente l'autorizzazione e, se si tratta di una prima fornitura, deve pronunciarsi entro venti giorni. Se, trascorso questo periodo, l'Asl non si è ancora pronunciata, l'autorizzazione si intende concessa per "silenzio-assenso".

All'autorizzazione succede la **fornitura** del dispositivo. Ogni categoria di dispositivi ha una determinata tempistica di consegna. I fornitori sono tenuti a rispettarla, *"pena l'applicazione di penalità contestualmente definite"* (comma 7, art. 4, D.M. n.332, 27-8-1999). Il fornitore, oltre a consegnare il dispositivo all'utente, deve fornirgli le istruzioni sull'utilizzo e sulla manutenzione del dispositivo.

L'ultimo passaggio è quello del **collaudo**. Il collaudo è la fase in cui si verifica che ciò che è stato prescritto equivale a ciò che è stato fornito (congruenza clinica) e che il dispositivo prescritto e fornito si adatta completamente all'utente. Il collaudo deve essere effettuato *"entro venti giorni dalla data di consegna, dallo specialista prescrittore o dalla sua unità operativa"* (comma 10, art. 4, D.M. n. 332 27-8-1999). L'Asl, solitamente, invita l'utente a presentarsi per il collaudo 15 giorni dopo la fornitura. Se l'utente non rispetta la data fissata per il collaudo (a meno che non vi sia un valido motivo) incorrerà in sanzioni fissate dalla Regione. Per quanto riguarda gli utenti impossibilitati alla deambulazione, il collaudo si svolgerà a domicilio o presso la struttura di ricovero.

1.3.2. Come funziona questa procedura se l'utente è ricoverato presso una struttura sanitaria?

Se l'utente è ricoverato presso una struttura sanitaria, sia pubblica che privata, la prescrizione del dispositivo sarà inviata dal medico specialista prescrittore presso la Asl di residenza del soggetto. L'Asl rilascerà l'autorizzazione in maniera tempestiva, anche via fax. Per quanto riguarda i dispositivi dell'elenco 1 del Nomenclatore Tariffario, se dopo 5 giorni dal ricevimento della prescrizione l'Asl di residenza dell'utente non si è ancora espressa, l'autorizzazione si intende comunque concessa.

1.3.3. Nel Nomenclatore Tariffario i dispositivi sono suddivisi su tre elenchi. Che differenze ci sono nella cessione dei dispositivi?

Nel momento in cui i dispositivi dell'elenco 1 sono consegnati all'utente, questi diventano di sua proprietà. L'unica eccezione è costituita dall'eventualità in cui le Regioni decidano di consegnare il dispositivo in comodato, di modo da rendere possibile il riutilizzo "allo scopo di conseguire economie di gestione"(comma 12,art.4 D.M. n.332 27-8-1999). In ogni caso l'azienda fornitrice che cede il dispositivo all'utente deve garantire la perfetta funzionalità dell'ausilio e fornire l'utente delle istruzioni d'uso del dispositivo richiesto.

Per quanto riguarda i dispositivi negli elenchi 2 e 3 , questi sono forniti all'utente direttamente dalle Asl. L'azienda Asl, tramite le aziende fornitrici con cui ha stipulato i contratti, deve garantire all'utente la perfetta funzionalità del dispositivo, le istruzioni di utilizzo e la manutenzione del dispositivo per tutto il periodo in cui questo è in uso presso l'utente che lo ha richiesto.

1.4. RINNOVO DELL'EROGAZIONE:

1.4.1. : Ogni quanto posso richiedere una nuova fornitura di ausilio?

"L'Asl non autorizza la fornitura di nuovi dispositivi protesici definitivi in favore dei propri assistiti di età superiore ai 18 anni prima che sia trascorso il tempo minimo di rinnovo, specifico per tipo di dispositivo, riportato nell'Allegato 2 al presente regolamento".(comma1, art.5,D.M. n.332, 27-8-1999)

In caso di particolari necessità terapeutiche o riabilitative, oppure nel caso di un cambiamento dello stato psicofisico dell'utente, le tempistiche minime di rinnovo possono essere abbreviate. Questo avviene sulla base di una dettagliata relazione clinica scritta dal medico prescrittore. Inoltre, scaduto il tempo minimo di rinnovo, è necessario effettuare una verifica di idoneità e/o convenienza alla sostituzione o riparazione del dispositivo. Detta verifica verrà eseguita dal medico prescrittore. Se il bisogno di rinnovare il dispositivo riguarda un utente minorenni non si osserveranno le tempistiche minime di rinnovo.

1.4.2. :Ho rotto il mio ausilio ed avrei bisogno di sostituirlo. Come devo fare?

"In caso di smarrimento, rottura accidentale, particolare usura del dispositivo , impossibilità tecnica della riparazione o non convenienza della riparazione stessa ovvero non perfetta funzionalità del presidio riparato, l'azienda Asl può autorizzare, per una sola volta, la fornitura di un nuovo dispositivo protesico prima che siano decorsi i tempi minimi"(comma 3, art.5, D.M. n.332 27-8-1999).

L'Asl, infatti, solitamente, non autorizza la fornitura di nuovi dispositivi protesici prima che sia scaduto il tempo minimo di rinnovo del dispositivo, indicato nell'Allegato 2 del Nomenclatore Tariffario.

1.5. I DISPOSITIVI PROTESICI TEMPORANEI, PROVVISORI E DI RISERVA:

1.5.1. E' vero che, in alcuni casi, può succedere che ti forniscano di una protesi provvisoria, che non corrisponde alla configurazione definitiva della richiesta?

In genere i dispositivi sono consegnati all'utente nella loro configurazione definitiva. Vi sono, comunque, dei casi in cui vengono forniti all'utente dei dispositivi provvisori o temporanei, prima di quelli definitivi. Il Nomenclatore Tariffario descrive, come dispositivi provvisori, quei dispositivi che servono ad affrontare i problemi riabilitativi nel periodo che precede la consegna del prodotto definitivo. Questi dispositivi possono essere utilizzati marginalmente nella realizzazione del prodotto definitivo.

Un'altra tipologia di dispositivi sono quelli temporanei, che vengono utilizzati per realizzare il prodotto nella sua configurazione definitiva. Questi due tipi di dispositivi, in genere, vengono prescritti alle donne mastectomizzate, ai soggetti con enucleazione del bulbo oculare e agli individui che hanno subito un'amputazione di arto. In favore di questi ultimi la Asl può autorizzare anche la fornitura di dispositivi di riserva.

1.6. NUMERAZIONE DEI DISPOSITIVI PROTESICI SU MISURA:

1.6.1. Sul mio ausilio c'è un numero impresso, che significato ha?

Il numero che si può trovare impresso su alcuni ausili enumerati nel Nomenclatore Tariffario, in particolare su quelli che appartengono all'elenco 1, è un numero di matricola che rappresenta il mese e l'anno dell'autorizzazione alla fornitura del dispositivo all'utente. Tale numero deve essere impresso in un punto dell'ausilio non asportabile e non soggetto a logorio. Se la parte su cui il numero è impresso viene sostituita, il numero di matricola deve essere reimpresso.

1.7. TARIFFE E PREZZI DI ACQUISTO DEI DISPOSITIVI PROTESICI:

1.7.1. Chi decide i valori delle tariffe dei vari dispositivi elencati nelle tavole del Nomenclatore Tariffario?

Per quanto riguarda i dispositivi enumerati nell'elenco 1, Allegato1, del Nomenclatore Tariffario, sono le Regioni che determinano il livello massimo delle tariffe, regolandosi in un intervallo compreso tra il valore delle tariffe indicate nell'elenco 1 del Nomenclatore Tariffario e una riduzione di questo valore non superiore al 20%.

Per quanto riguarda i dispositivi che appartengono all'elenco2 e 3 le tariffe sono definite tramite procedure pubbliche di acquisto tre le aziende fornitrici e le Asl.

1.8. I RAPPORTI TRA REGIONI, AZIENDE ASL E FORNITORI:

1.8.1. Chi si occupa di regolare la modalità con cui avviene la fornitura di un ausilio?

Sono le Regioni e le aziende Asl che contrattano con i fornitori dei dispositivi appartenenti all'elenco 1 del Nomenclatore Tariffario le modalità e le condizioni con cui condurre le forniture.

1.9. MODALITA' DI CONTROLLO:

1.9.1. A cosa serve quel codice che viene indicato dai medici sul modulo di richiesta di fornitura di un dispositivo al momento della prescrizione?

Quel codice che il medico prescrittore indica sul modulo di richiesta di fornitura dei dispositivi durante la prescrizione di un ausilio, è il codice ISO. Il codice ISO, riportato negli elenchi del Nomenclatore Tariffario, è un numero che aiuta ad identificare il dispositivo "nell'ambito degli scambi all'interno del SSN" (comma 1, art. 10, D.M. n. 332 27-8-1999).

E' un codice che viene utilizzato, in poche parole, con finalità di tipo amministrativo ed informativo. Le Regioni e le Province Autonome devono vigilare sul corretto utilizzo di questo codice.

1.10. AGGIORNAMENTO DEL NOMENCLATORE TARIFFARIO:

1.10.1. Il Nomenclatore Tariffario è un documento soggetto ad aggiornamenti?

Il Nomenclatore Tariffario è aggiornato periodicamente, con una cadenza massima di tre anni. Nella fase di aggiornamento si effettua una revisione della nomenclatura dei dispositivi erogabili. Il presente regolamento sostituisce il precedente Decreto Ministeriale del 28 dicembre 1992, pubblicato sul supplemento ordinario n. 9 della Gazzetta Ufficiale n. 10 del 14 gennaio 1993.

Il Nomenclatore Tariffario è composto di tre sezioni:

- Il **testo del Decreto**, che stabilisce la normativa per la prescrizione e la fornitura dei dispositivi e che abbiamo analizzato già nella Parte I di questo opuscolo;
- L'**Allegato 1** che stabilisce le tipologie e le caratteristiche delle protesi, delle ortesi e degli ausili forniti dal SSN. L'Allegato 1 è suddiviso a sua volta in tre elenchi:
 1. nell'Elenco 1 si trovano i dispositivi su misura e quelli in serie predisposti;
 2. nell'Elenco 2 sono descritti i dispositivi tecnici in serie, che non richiedono l'intervento del tecnico nella loro applicazione e consegna;
 3. nell'Elenco 3 vi sono i dispositivi tecnici acquistati direttamente dalle Asl.
- L'**Allegato 2**, che stabilisce i tempi di garanzia, rinnovo e fornitura per le varie classi di prodotti presenti nel Nomenclatore Tariffario.

2. GLI ALLEGATI

2.1. L'ELENCO 1:

"L'elenco 1 del Nomenclatore 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. L'Elenco 1 contiene, altresì, i dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere consegnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificatamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista." (art. 1, comma 2, D.M. n.332, 27-8-1999).

I dispositivi di questo elenco sono suddivisi per tipologie (es.: ausili per la mobilità, la postura e la stabilizzazione), per classi (es.: mobilità e postura seduta), per famiglie (es.: veicoli). Inoltre sono suddivisi in tabelle di consultazione in cui sono elencate le varie tipologie di dispositivi, accompagnate dalle corrispondenti codifiche ISO e le tariffe.

Consideriamo, per esempio, la tabella seguente:

Colonna 1	Colonna 2	Colonna 3	Colonna 4
DESCRIZIONE	CODICE '92	CODICE ISO	TARIFFA
PASSEGGINO RIDUCIBILE E/O CHIUDIBILE E' indicato per il trasporto all'esterno di bambini con disabilità importanti che necessitano di maggiori aiuti per il mantenimento posturale. Caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> • schienale inclinabile in più posizioni; • schienale e sedile imbottiti e rivestiti in materiale lavabile o in corda di materiale sintetico, o comunque atti ad offrire il sostegno adeguato al corpo in appoggio; • poggiapiedi regolabile in altezza; • cintura di contenimento; • freni di stazionamento, ruote adatte per esterni; 	22.45.105	12.27.03.006	1.214.100
AGGIUNTIVI			
Cinghia a bretellaggio imbottita	22.85.156	12.27.03.115	115.800
Divaricatore imbottito regolabile ed estraibile	22.85.157	12.27.03.118	74.500
Cuscinetto di spinta laterale	22.85.159	12.27.03.121	88.800
Tavolino normale	22.85.171	12.27.03.124	66.200
Tavolino con incavo avvolgente e bordi	22.85.173	12.27.03.127	132.400
Cinturini fermapiedi (al paio)	22.85.175	12.27.03.130	29.800
Poggiatesta regolabile in altezza con protezioni parietali o ad angolo variabile	22.85.177	12.27.03.133	113.600
Cuscino per lordosi	22.85.179	12.27.03.136	88.000

Questa tabella indica un tipo di ausilio che appartiene all'elenco 1 dell'Allegato 1 del Nomenclatore Tariffario, nella famiglia dei veicoli contraddistinta dal codice ISO 12.27.

La tavola si compone di quattro colonne. Partendo da sinistra, la prima colonna reca una descrizione della tipologia di ausilio, le indicazioni d'uso del dispositivo e, nelle righe sottostanti, eventuali accessori aggiuntivi (es.: cinghie, cuscinetti, divaricatori,...). La seconda colonna riporta il codice ISO adottato nella classificazione precedente a quella attuale. La terza colonna riporta, invece, la codifica ISO attualmente in vigore ed, infine, la quarta ed ultima colonna indica la tariffa di acquisto del prodotto desiderato, che risulterà, al momento dell'erogazione, direttamente a carico del SSN.

2.1.1. Come si richiede la fornitura dei dispositivi che appartengono a questo elenco?

Dopo che il medico prescrittore o l'equipe riabilitativa avrà scelto l'ausilio, più idoneo si procederà alla prescrizione del dispositivo. Il medico prescrittore dovrà compilare un modulo di richiesta di fornitura dei dispositivi assistivi e protesici. Su questa pratica dovrà indicare: il nome del dispositivo prescritto (colonna 1), il codice ISO corrispondente ed appartenente all'attuale codifica (colonna 3). Inoltre indicherà eventuali accessori aggiuntivi, accompagnati anch'essi dal codice ISO dell'attuale codificazione. Il medico prescrittore consegnerà questa pratica all'utente o a un suo familiare, il quale si recherà presso un fornitore a sua scelta. Il fornitore aggiungerà sulla pratica la tariffa corrispondente al prodotto prescritto (colonna 4). L'utente, o un suo familiare, si recherà allora presso la sua Asl di residenza; qui consegnerà la pratica, che verrà vagliata dai funzionari competenti e, se rispondente a tutto ciò che è previsto dal regolamento descritto nel Testo del Decreto, verrà autorizzata la fornitura del presidio richiesto. Infine, il dispositivo verrà fornito all'utente dall'azienda fornitrice scelta e, dopo un periodo massimo di 20 giorni dalla consegna, il medico che aveva prescritto il dispositivo effettuerà un collaudo per verificare che il prodotto consegnato sia adeguato ai bisogni dell'utente e che ciò che è stato prescritto corrisponda a ciò che è stato fornito.

2.2. GLI ELENCHI 2 E 3:

"L'elenco 2 del nomenclatore contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato." (art. 1, comma 3 D.M. n. 332, 27-8-1999)

"L'elenco 3 del nomenclatore contiene gli apparecchi acquistati direttamente dalle aziende sanitarie locali (Asl) ed assegnati in uso con le procedure indicate nell'articolo 4". (art. 1, comma 4 D.M. n. 332 27-8-1999)

Anche i dispositivi riportati negli elenchi 2 e 3 sono suddivisi per tipologie, classi e famiglie, e sono suddivisi in tabelle di consultazione.

Consideriamo , per esempio, la tabella seguente:

DESCRIZIONE	CODICE '92	CODICE ISO
PASSEGGINI PASSEGGINO CHIUDIBILE AD OMBRELLO E' indicato per percorsi brevi su terreni privi di asperità e per facilitare l'accesso sui mezzi pubblici di trasporto. E' facilmente trasportabile in auto. Caratteristiche: <ul style="list-style-type: none"> • struttura che ne consente la chiusura e l'apertura con facilità; • poggiapiedi; • cinghia pettorale; 		
- ruote adatte per esterni, provviste di sistema frenante;	22.45.101	12.27.03.003
AGGIUNTIVI		
Riduttore di larghezza del sedile	22.85.101	12.27.03.103
Divaricatore imbottito regolabile ed estraibile	22.85.103	12.27.03.106
Scocca rigida imbottita supplementare con fianchetti, poggiatesta, cintura di sicurezza e divaricatore	22.85.105	12.27.03.109
Poggiapiedi regolabile e ribaltabile	22.85.107	12.27.03.112

Nella tabella possiamo vedere la descrizione di un ausilio che appartiene all'elenco 2 dell'Allegato 1 del Nomenclatore Tariffario, nella famiglia dei veicoli, contraddistinta dal codice ISO 12.27.

La tabella si compone di tre colonne. Nella prima colonna , a partire da sinistra, vi è una breve descrizione del dispositivo in cui sono riportate le indicazioni di utilizzo del prodotto e le caratteristiche che lo compongono. Inoltre sono riportati, nelle righe sottostanti, eventuali accessori aggiuntivi al dispositivo desiderato. Nella seconda colonna è riportata la codifica ISO utilizzata nella classificazione precedente a quella attualmente vigente e nella terza ed ultima colonna sono riportati i codici ISO della Nomenclatura in atto. A differenza degli ausili appartenenti all'elenco 1, in questa tabella non compare la colonna che indica la tariffa. Questo perché gli ausili riportati negli elenchi 2 e 3 vengono forniti all'utente direttamente dalle varie Asl, le quali se ne sono dotate in seguito allo svolgimento delle procedure pubbliche di acquisto (gare di appalto) con le aziende fornitrici (art.3 comma 4).

2.2.1. : Come si richiede la fornitura dei dispositivi appartenenti a questi elenchi?

La procedura di erogazione e fornitura dei dispositivi enumerati negli elenchi 2 e 3 del Nomenclatore Tariffario è la stessa adottata per i dispositivi che appartengono all'elenco 1. La differenza sta nel fatto che, dopo che il medico prescrittore avrà compilato la pratica di prescrizione, l'utente, o un suo familiare, si recherà direttamente presso la propria Asl di residenza a depositare la pratica in attesa che questa venga autorizzata ed il prodotto fornito dalla Asl stessa.

2.3. L'ALLEGATO 2 :

L'Allegato 2 si suddivide in tre sezioni:

- La prima indica, in una tabella, i tempi minimi di rinnovo del dispositivo in possesso; le tempistiche sono riportate in mesi o in anni;
- La seconda sezione riporta , in una tabella, i termini massimi di consegna/fornitura del dispositivo richiesto, espressi in giorni lavorativi;
- La terza sezione illustra, in una tabella, i termini di garanzia del dispositivo che si sta utilizzando, espressi in mesi.

2.3.1. Ogni quanto tempo posso richiedere un nuovo ausilio?

A seconda della tipologia di prodotto, i termini minimi di rinnovo variano dai 12 mesi previsti per le calzature ortopediche e i plantari, agli 8 anni previsti per gli ausili per la comunicazione.

2.3.2. E' possibile avere un ausilio prima della sua scadenza naturale?

Sì, vi sono delle casistiche in cui questo è possibile. L'articolo 5 del Decreto Ministeriale n.332 del 27-8-1999, al comma 3, dice che in caso di smarrimento, rottura accidentale, particolare usura del dispositivo impossibilità tecnica della riparazione o non convenienza della riparazione stessa, l'Asl può autorizzare , per una sola volta, la fornitura di un nuovo dispositivo protesico prima che sia scaduto il tempo minimo di rinnovo dello stesso. Inoltre al comma 2 dello stesso articolo è scritto che questa tempistica può essere ridotta, tramite un dettagliata relazione prodotta dal medico prescrittore, per particolari necessità terapeutiche o riabilitative o in caso di modifica dello stato psicofisico dell'utente.

3. I CANALI INFORMATIVI:

3.1. Come posso informarmi per avere informazioni utili sul mondo degli ausili?

Nel nostro paese esistono Centri di Consulenza ed Informazione sulle tecnologie di ausilio alla riabilitazione, all'autonomia e all'integrazione sociale delle persone disabili.

Uno dei maggiori di questi "punti informativi e di valutazione" sono i SIVA (Servizio Informazione Valutazione e Ausili), Servizi presenti all'interno di alcuni Centri della Fondazione Don Carlo Gnocchi - ONLUS e presenti su tutto il territorio nazionale. Attualmente sono attivi dieci Servizi di Informazione Ausili.

Un'alternativa fonte d'informazioni, valida e di più rapida consultazione è la Rete Internet.

Riportiamo qui di seguito alcuni indirizzi di siti Web, nel caso si vogliano reperire informazioni ulteriori circa il mondo degli ausili delle protesi e delle ortesi:

➤ **informazioni su ausili , protesi e ortesi:**

www.siva.it

www.eastin.info

➤ **informazioni sulla legislazione italiana sul tema della disabilità:**

www.handylex.org

www.handicapincifre.it

➤ **informazioni sui software didattici per i deficit cognitivi ed i disturbi dell'apprendimento:**

<http://sda.itd.ge.cnr.it>

➤ **informazioni sull'accessibilità e sulle barriere architettoniche:**

www.elsa.hbgroup.it

www.domoticaamica.it

www.mobilità.com

Ringrazio il mio papà per avermi dato l'opportunità di poter studiare fino alla laurea, e mio fratello Andrea, che ci teneva ad essere citato alla fine di questa tesi.

Un grazie ai miei amici che mi hanno sopportato nel corso di questi mesi di studio; in particolare e con affetto a Riccardo e Carmen perché il loro aiuto nell'impaginazione di questa tesi è stato determinante. Un grazie di cuore anche a Federico, perché esiste, per tutte le giornate trascorse insieme a studiare e per la serenità trasmessa durante la preparazione di questo lavoro.

Un ringraziamento è dedicato anche al Servizio di Terapia Occupazionale dell'Istituto Geriatrico "P. Redaelli" di Milano e ai suoi pazienti, per avermi insegnato molto sul lavoro e sulla vita.

Infine ringrazio il mio relatore, Fabrizio Pregliasco, e il mio correlatore, Antonio Caracciolo per avermi accompagnata ed aiutata nella stesura di questa tesi.