



Qualità dell'Assistenza Protesica
Giornata di Lavoro della Sezione SIMFER "Ortesi Protesi Ausili
Informatica Teleriabilitazione"
Milano, 12 dicembre 2013

***Sfide attuali dell'assistenza protesica, alla luce
delle nuove linee di indirizzo per la riabilitazione***

Dott. Giuseppe Buonanno
Dipartimento di Medicina Riabilitativa
AUSL PC

Coordinatore nazionale SIMFER
Sezione "Prodotti e Tecnologie per l'Attività e la Partecipazione"
prodotecno@gmail.com

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione

2010

...Un capitolo importante per migliorare l'outcome funzionale della persona con disabilità è costituito dalla **prescrizione, all'interno del progetto riabilitativo individuale, degli ausili, protesi ed ortesi**, individuati nell'ambito del nomenclatore tariffario, con relativo collaudo degli stessi, e dalla verifica dell'**efficacia/efficienza** del servizio di fornitura...

Piano d'indirizzo per la Riabilitazione

2010

...l'offerta di consulenza tecnica per la costruzione e la sperimentazione di ausili, protesi e ortesi...

Innovazione, efficacia e sostenibilità



“Nuova definizione dei livelli essenziali di assistenza (LEA)”

- DPCM 21 aprile 2008
- diritti del cittadino
- **sostenibilità del sistema**
- accesso ai servizi
- appropriatezza e sicurezza delle cure
- ...Per quanto riguarda l'assistenza protesica, tra le novità è particolarmente importante l'attenzione ai portatori di gravi disabilità con l'introduzione di **nuovi ausili informatici di comunicazione e di controllo ambientale** (tra i quali i comunicatori a sintesi vocale o a display, i sensori di comando, i sistemi di riconoscimento vocale), ausili per la mobilità personale (**sollevatori** mobili e **fissi**), **ausili per la cura e l'adattamento della casa** (stoviglie adattate, maniglie e braccioli di supporto), **apparecchi acustici di ultima generazione** per le persone con sordità preverbale e periverbale, ecc.
- **NON ESECUTIVO PER MANCANZA DI COPERTURA FINANZIARIA**



INDICATORI DI RISULTATO

DPCM 21 aprile 2008

*per misurare e valutare l'impatto dei LEA servono anche indicatori di risultato (**OUTCOME**); indicatori capaci di dimostrare quanto la salute dei cittadini sia influenzata dall'organizzazione sanitaria (e quindi quando sia necessario rendere **più appropriate le prestazioni**) e quanto sia determinata da altri fattori (istruzione, reddito, ecc.)...*



SIVA

Servizio Informazione Valutazione Ausili
Assistive Technology Research and Information Service

www.siva.it

 **Fondazione
Don Carlo Gnocchi
Onlus**

ANALISI COSTI BENEFICI DEGLI AUSILI: *Lo strumento SCAI (Siva Cost Analysis Instrument)*

Renzo Andrich

Ingegnere

SIVA (Servizio Informazioni Valutazione Ausili)
Fondazione Don Carlo Gnocchi ONLUS, Milano

Pubblicato in:

Europa Medicophysica vol 37/1 pp.554-557

(Atti 37° Cong.Naz.Simfer, Roma 4-8/10/2001). Minerva Medica, Torino 2001

Soluzione tecnica	Servoscala a parete	Montascale mobile cingolato	Piattaforma elevatrice verticale	Solo aiutanti
Costo di acquisto (1998)	15.000.000	7.200.000	26.500.000	45 h/mese
Costo sociale complessivo (10 anni)	23.433.609	79.229.472	16.729.053	200.696.978

Wheelchairs, Walkers, And Canes: What Does Medicare Pay For, And Who Benefits?

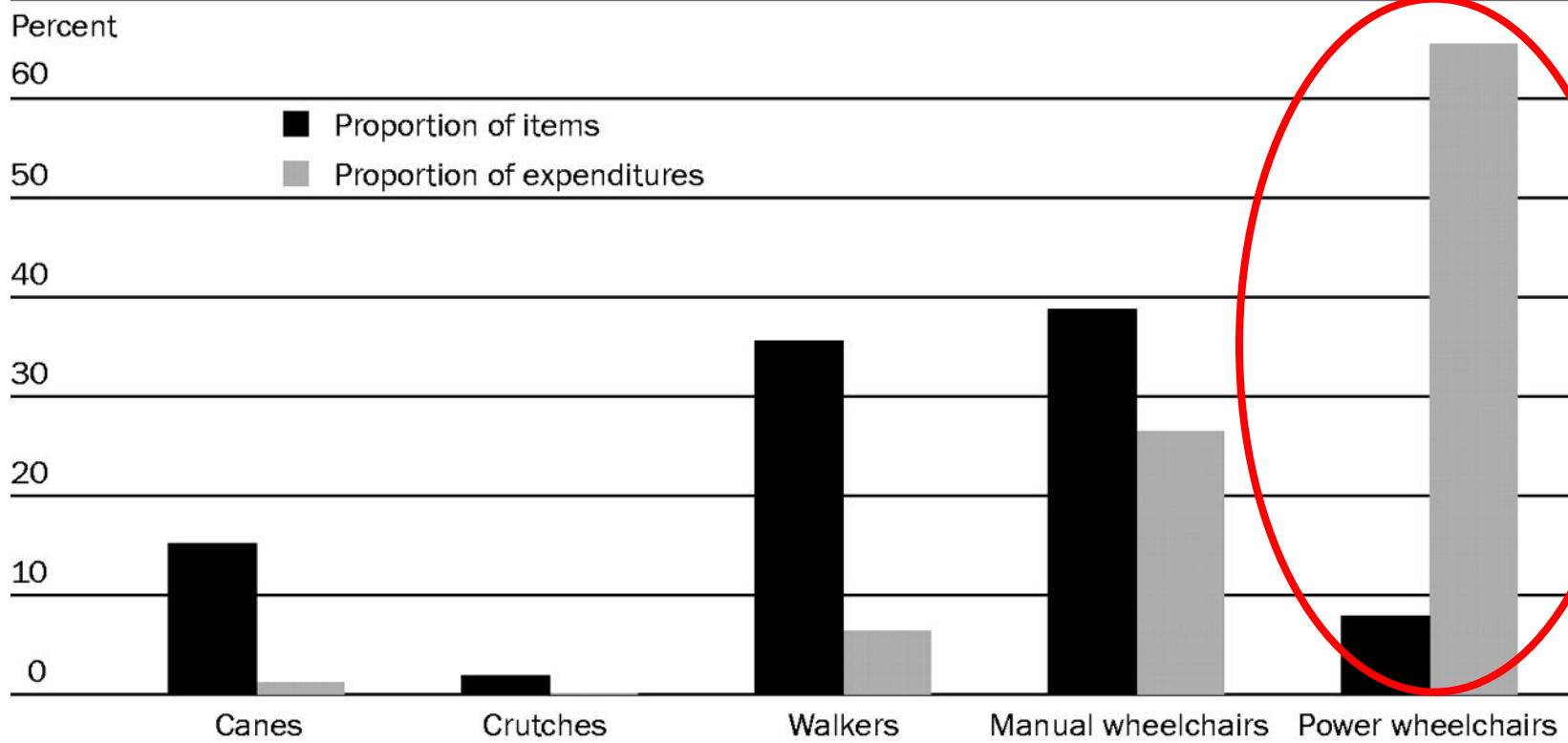
[Health Affairs](#), 24, no. 4 (2005): 1140-1149

doi: 10.1377/hlthaff.24.4.1140

Jennifer L. Wolff, Emily M. Agree and Judith D. Kasper

EXHIBIT 3

Distribution Of Mobility-Related Assistive Technology Under The Medicare Durable Medical Equipment (DME) Benefit And Related Spending, 2001



SOURCE: Medicare Current Beneficiary Survey, 2001.

DGR-ER 1599/11

Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici

- riferimento ai LEA – DPCM 29.11/2001
- riferimento al DM n. 332/99
- equità di accesso
- qualità delle prescrizioni attraverso l'appropriatezza prescrittiva finalizzata al raggiungimento della massima autonomia possibile o almeno al miglioramento della qualità di vita della persona disabile
- importanza della figura del case-manager
- ruolo del Centro Adattamento Ambiente Domestico (CAAD), Centro Regionale Ausili (CRA), Centro Regionale Informazione Benessere Ambientale (CRIBA)

nomenclatore tariffario delle protesi

DM 332/99

Allegato 1

ELENCO 1

...contiene i dispositivi (protesi, ortesi e ausili tecnici) costruiti su misura e quelli di serie la cui applicazione **richiede modifiche eseguite da un tecnico abilitato** su prescrizione di un medico specialista ed un successivo collaudo da parte dello stesso...contiene, altresì, i dispositivi di fabbricazione continua o di serie finiti che, per essere consegnati ad un determinato paziente, necessitano di essere specificamente individuati e allestiti a misura da un tecnico abilitato, su prescrizione del medico specialista....(busti, calzature ortopediche, protesi d'arto, tutori, carrozzine pieghevoli, lenti oftalmiche, protesi acustiche, ecc.)

ELENCO 2

...contiene i dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione o consegna **non richiede** l'intervento del **tecnico abilitato** (bastoni, deambulatori, comode, sollevapersone, letti, presidi antidecubito, ecc).

ELENCO 3

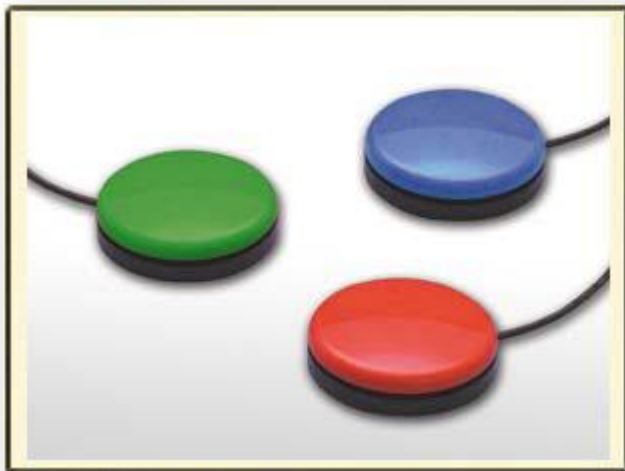
...contiene gli apparecchi **acquistati direttamente dalle aziende unità sanitarie locali (Ausl, ASL)** ed assegnati in uso con le procedure indicate nell'articolo 4 (stroller, ventilatori, aspiratori, montascale mobili).

Allegato 2

disposizioni per rinnovo, fornitura, garanzia

Carrozzina elettronica a 6 ruote

- autobilanciamento del baricentro su qualsiasi imperfezione e ostacolo
- minimi ingombri per possibilità di rotazione su se stessa
- maggiore stabilità in basculamento e verticalizzazione



Cod. ISO 12.21.27.009 + aggiuntivi?

No riconducibilità? No art. 1 c. 6?

Riconducibilità

DM 332/99

Art. 1

5. Qualora l'assistito scelga un tipo o un modello di **dispositivo non incluso nel nomenclatore** allegato al presente regolamento, ma riconducibile, a giudizio dello specialista prescrittore, per **omogeneità funzionale** a quello prescritto ai sensi dell'articolo 4, comma 2, l'azienda Usl di competenza autorizza la fornitura e corrisponde al fornitore una remunerazione non superiore alla tariffa applicata o al prezzo determinato dalla stessa azienda per il dispositivo incluso nel nomenclatore e corrispondente a quello erogato.
6. In casi particolari, per i soggetti affetti da gravissime disabilità, l'azienda Usl può autorizzare la fornitura di **dispositivi non inclusi negli elenchi del nomenclatore**



Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA QUALITÀ

DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA, DEI LIVELLI DI ASSISTENZA E DEI PRINCIPI ETICI DI
SISTEMA - Ufficio II* - Palazzo dell'Industria, 20 - 20144 Roma

N. 1291/DGPROG2-PA.4.c.d.

Proposta al Seglio del

N. 1291/DGPROG2-PA.4.c.d.

OGGETTO

SCOOTER ELETTRICI

Applicazione decreto ministeriale 27 agosto 1999,
n. 332 - chiarimenti.

Roma, 25/5/06

ASL Città di Milano
Dipartimento ASSI - Servizio Disabili
Corso Italia, 52
20122 - Milano



Si riscontra la nota prot. 507/int. pervenuta via mail in data 11 maggio c.m. ed, in riferimento all'oggetto, si comunica che gli "scooter elettrici" non sono ausili prescrivibili ai sensi del vigente regolamento che disciplina l'assistenza protesica erogabile nell'ambito del Servizio sanitario nazionale. Appare altresì opportuno segnalare che il menzionato ricorso all'istituto della riconducibilità per omogeneità funzionale alla carrozzina elettrica per uso esterno da parte degli specialisti prescrittori risulta del tutto inappropriato per le evidenti differenze intercorrenti tra le due categorie di ausili tecnici.

iPad e Tablet vs videoingranditore



cod. ISO 21.06.03.003

Telefono per anziani



Smartphone





Ministero della Salute

DIPARTIMENTO DELLA PROGRAMMAZIONE E
DELL'ORDINAMENTO DEL SERVIZIO SANITARIO NAZIONALE
DIREZIONE GENERALE DELLA PROGRAMMAZIONE SANITARIA
Ex Ufficio II
Via Giorgio Ribotta, 5 - 00144 Roma

Registro-classif:DGPROG./I. 4. c.a.4/2013/01
Riferimento

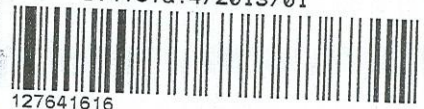
OGGETTO: applicazione decreto ministeriale 27 agosto 1999, n. 332 - chiarimenti.

AZIENDA U.S.L. DI MODENA				
Servizio				
Prot. n. 853911PG				
- 7 OTT 2013				
Atti il				
Or.	Cat.	Cl.	Anno	A.B.
			Scadenza	A.B.

Ministero della Salute
DGPROGS

0024777-P-27/09/2013

I.4.c.a.4/2013/01



Dr.ssa Alessandra Canali
Servizio Coordinamento
Attività Amministrative Ausl MO
Via S. Giovanni del cantone, 23
41121 - MODENA

soluzioni di uso comune e generalizzato, come, ad esempio personal computer sia nella forma desktop, laptop o palmare, telefono cellulare fino ai più moderni iPad e Tablet, che, secondo l'opinione della scrivente Direzione generale non sono ausili riconducibili.

Comunicazione Aumentativa Alternativa (CAA)

- Il modello **DIALOG 2.0** è dotato di puntatore binoculare di ultima generazione con elevata capacità di correzione dei deficit-oculari e di software con correzione dinamica dei movimenti del capo, volontari e involontari, ottimizzata per la SLA e altre patologie assimilabili.



Noleggio in luogo di riconducibilità al cod.
ISO 21.42.06.006

DGR-ER 1599/11

Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici

Ausili per la facilitazione della comunicazione (criteri di appropriatezza definiti in ambito nazionale):

- fonazione di grado 2 = totale perdita della parola
- motilità di grado 4 = completa tetraparesi
- ruolo importante delle équipes individuate per le gravissime disabilità acquisite (DGR 2068/04) per l'identificazione multiprofessionale del bisogno all'interno del progetto riabilitativo.

Presidi ad alto contenuto tecnologico



Percorsi dedicati per SLA - DGR ER 1762/11

Noleggio in luogo di riconducibilità al cod. ISO
18.12.10.003 + aggiuntivi + 03.33.06.021

domotica

Con “**casa intelligente**” si indica un ambiente domestico opportunamente progettato e tecnologicamente attrezzato, il quale mette a disposizione dell'utente impianti che vanno oltre il "tradizionale", dove apparecchiature e sistemi sono in grado di svolgere funzioni parzialmente autonome o programmate dall'utente dirette da programmi computerizzati “dinamici” che cioè si creano o si migliorano in **autoapprendimento**.



Poltrona elettrica con telecomando



Legge regionale n. 29/1997

Regione Emilia Romagna

- Interventi per favorire la permanenza nella propria abitazione (tranne aspetti coperti da DM n.332/1999 o coperti dalla Legge n. 13/1989)
- Certificazione di handicap grave, ai sensi art.3, c. 3, L. n. 104/92...
- Reddito ISEE non superiore a € 21.000 per anno
- Documentazione della spesa sostenuta da presentare entro il 1° marzo dell'anno successivo

Legge regionale n. 23/1999

Regione Lombardia

- contributi finalizzati all'acquisto di strumenti tecnologicamente avanzati per migliorare la qualità della vita delle persone disabili e delle loro famiglie.
- Lo strumento/ausilio, individuato come necessario all'interno di un progetto sociale e/o educativo, deve contribuire all'autonomia della persona disabile con particolare riferimento al miglioramento dell'ambiente domestico, sviluppare le potenzialità della persona disabile
- Le Risorse per l'anno **2012** sono € **2.400.000**

Centro Adattamento Ambiente Domestico Piacenza

interventi 2009

TOTALI

INTERVENTI: 411 PRESTAZIONI: 437

percorsi FRNA attivati: 0
portati a termine: 0

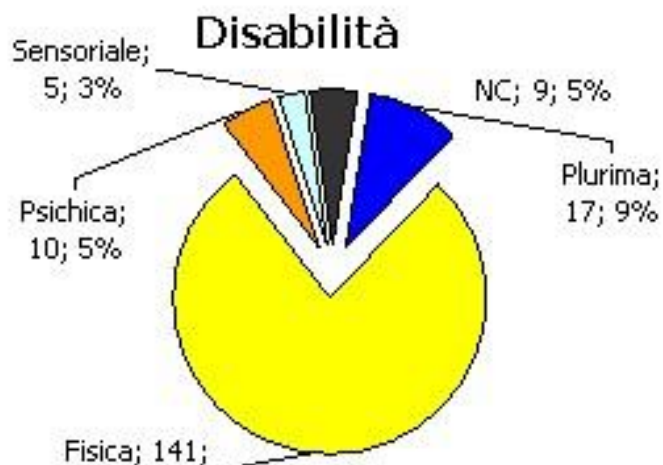
UTENTI:

Disabili e Anziani: 182
Operatori e Familiari: 65

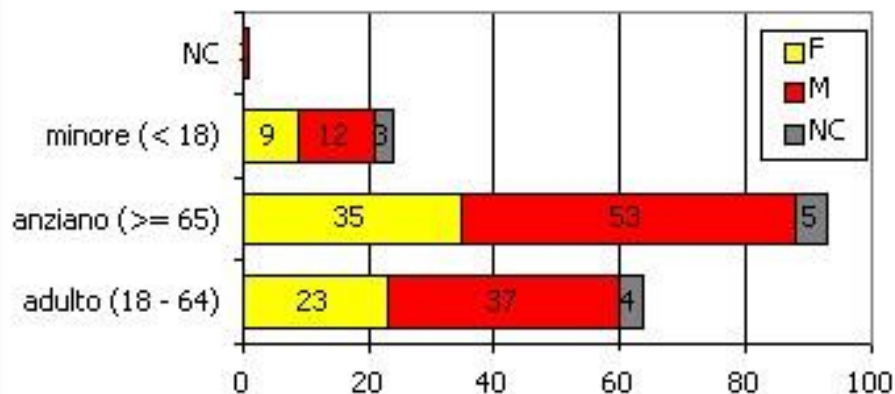
ACCESSI:

Disabili e Anziani: 396
Operatori e Familiari: 108

Descrizione Utenti Disabili e Anziani



Età - Sesso



Utilizzo risorse?

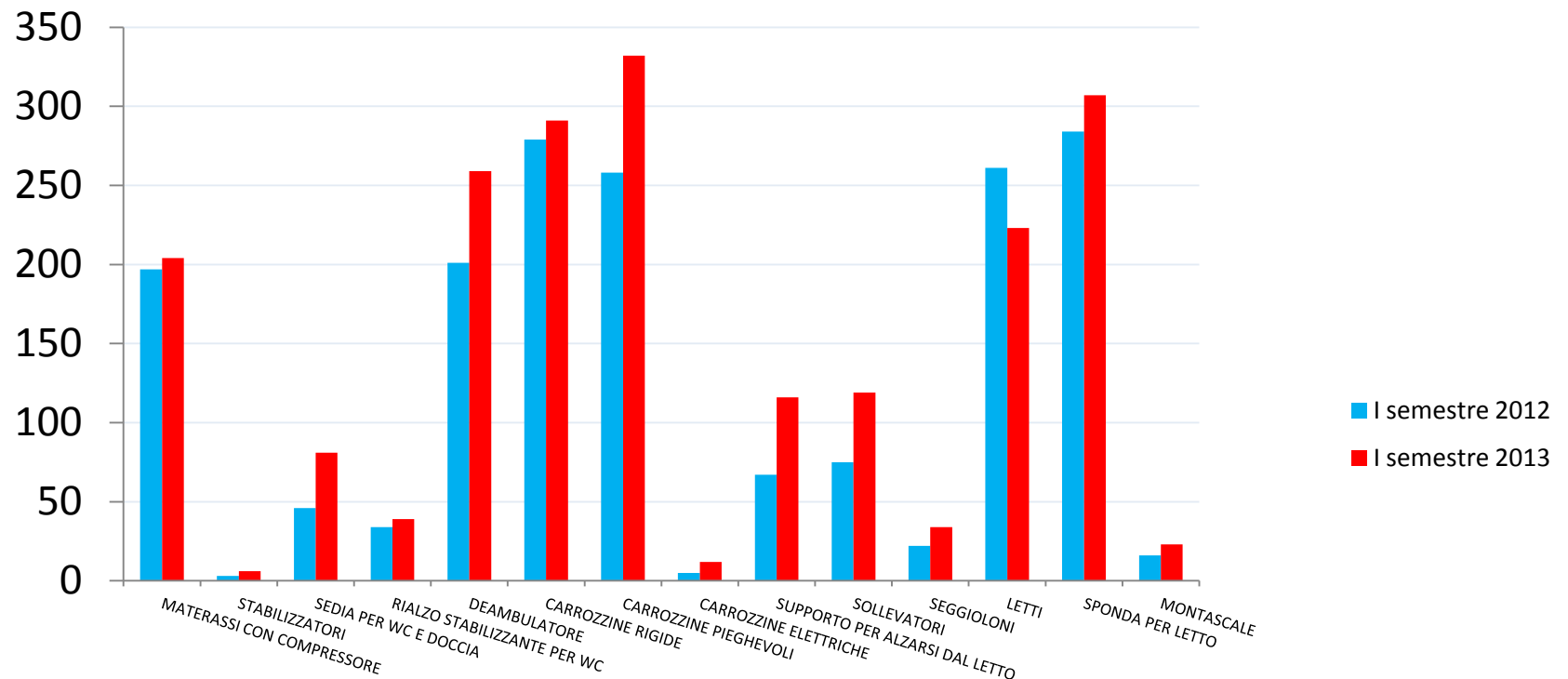


foto Gazzetta di Parma, 8 nov 2013

Cod. ISO 12.21.06.045

dati confronto primi sei mesi 2012/2013

FORNITURA AUSILI in utilizzo risorse AUSL PC



DGR-ER 1599/11

Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici

Formazione:

- Percorsi formativi di tipo mono e multiprofessionale
- Formazione di I livello per buona parte dei professionisti delle strutture sanitarie e sociali
- Formazione di II livello per i componenti delle équipes riabilitative
- Formazione di III livello per i professionisti che ricoprono ruoli strategici nell'ambito del percorso dell'assistenza protesica

DGR-ER 1599/11

Linee di indirizzo regionali sui percorsi organizzativi e clinico-assistenziali nell'assistenza protesica, ortesica e fornitura di ausili tecnologici

Importanza dei flussi informativi:

- La realizzazione di un sistema informativo deve soddisfare **esigenze informative, amministrative, epidemiologiche e di monitoraggio dei consumi.**
- A tale proposito è stato attivato un progetto specifico per la realizzazione di un sistema informativo regionale.



ASSIST@NT-RL

**PROTESI D'ARTO INFERIORE.
PERCORSO VALUTATIVO, TERAPEUTICO, RIABILITATIVO:
DALLA VALUTAZIONE DEI LIVELLI FUNZIONALI DI MOBILITÀ ALLA PRESCRIZIONE
PERSONALIZZATA DEL DISPOSITIVO PROTESICO.**

L'amputato d'arto inferiore



LA CLASSIFICAZIONE MOBIS

Code Level K 0

- Livello di Attività: **Non ha l'abilità o potenzialità di deambulare o effettuare trasferimenti in modo sicuro** con o senza assistenza e la protesi non incrementa la qualità di vita e/o mobilità.

Code Level K1

- Livello di Attività: **Ha l'abilità o potenzialità di usare la protesi per trasferimenti o deambulazione su superfici piane a velocità costante.** Tipico dei pazienti con e senza limitazioni di deambulazione in ambienti interni.

Code Level K2

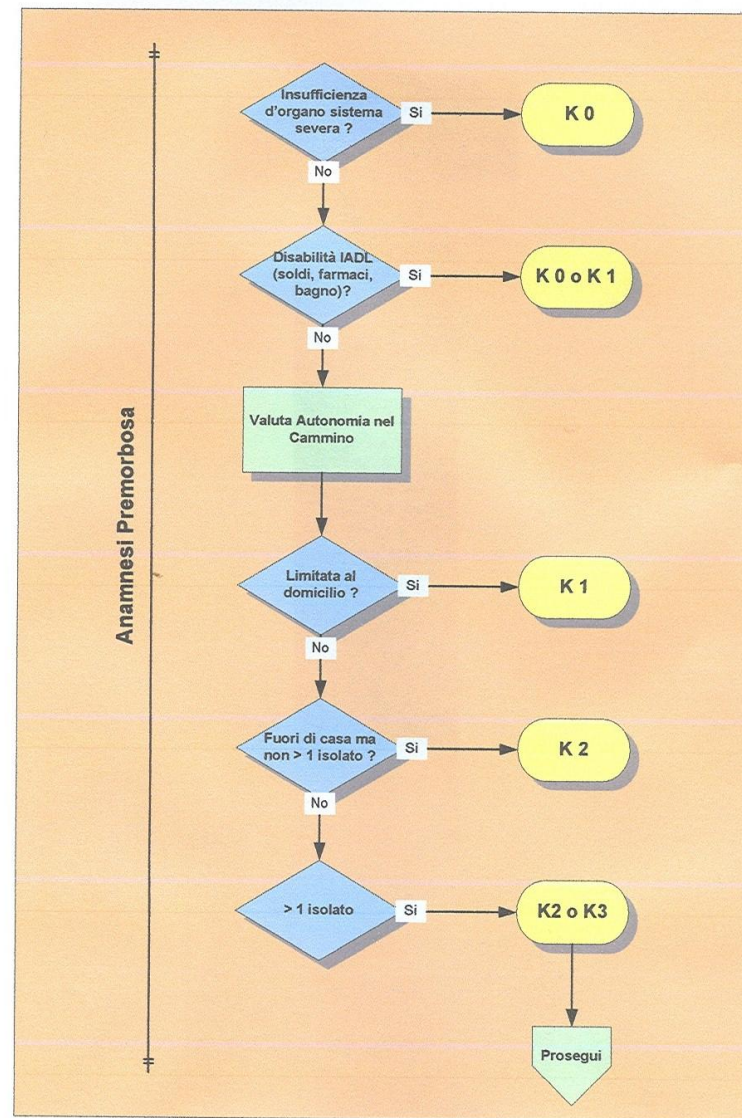
- Livello di Attività: **Ha l'abilità o potenzialità di deambulazione superando piccoli ostacoli** come bordi , scale, (terreni sconnessi: ad es. i piccoli ostacoli che ordinariamente si trovano deambulando all'aperto in città).

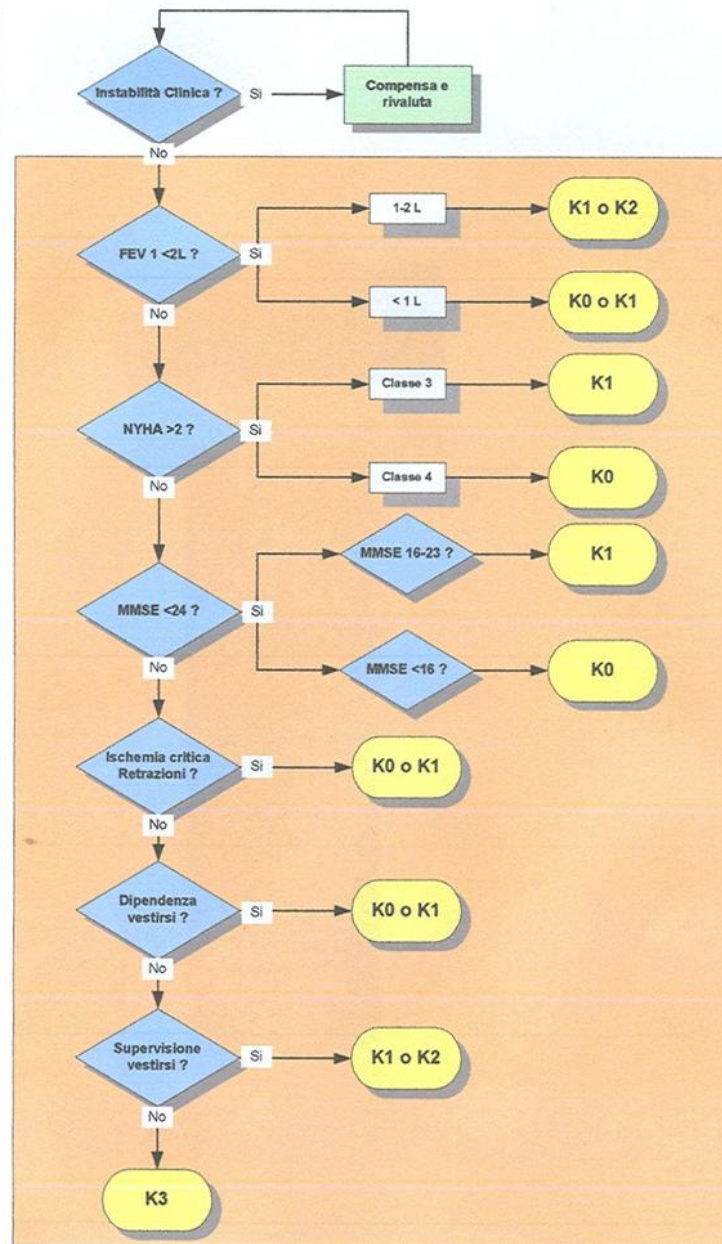
Code Level K3

- Livello di Attività: **Ha l'abilità o potenzialità di deambulazione a velocità variabile.** Tipico dei pazienti **in grado di superare la maggior parte degli ostacoli ambientali in vari contesti** di vita. Pazienti che richiedono alla protesi più funzionalità oltre alla semplice deambulazione.

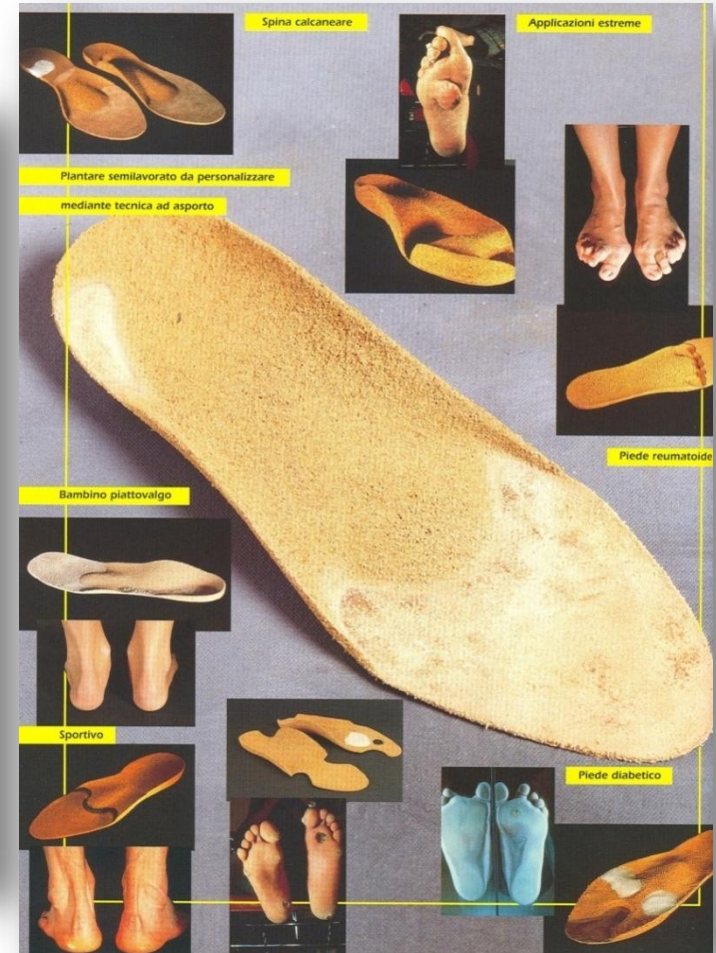
Code Level K4

- Livello di Attività: **Ha l'abilità o potenzialità di andare oltre alle normali attività di deambulazione,** richiedendo all'arto protesico di sopportare elevati impatti, stress, ed energia.





Le scarpe ortopediche e i plantari



A Cochrane review of the evidence for non-surgical interventions for flexible pediatric flat feet.

[Evans AM](#), [Rome K](#).

Source

Department of Podiatry, Auckland University of Technology, Auckland, New Zealand.

angela.evans@unisa.edu.au

Abstract

The pediatric flat foot is a frequent presentation in clinical practice, a common concern to parents and continues to be debated within professional ranks. As an entity, it is confused by varied classifications, the notion of well-intended prevention and unsubstantiated, if common, treatment. The available prevalence estimates are all limited by variable sampling, assessment measures and age groups and hence result in disparate findings (0.6-77.9%). Consistently, flat foot has been found to normally reduce with age. **The normal findings of flat foot versus children's age estimates that approximately 45% of preschool children, and 15% of older children (average age 10 years) have flat feet.** Few flexible flat feet have been found to be symptomatic. Joint hypermobility and increased weight or obesity may increase flat foot prevalence, independently of age. Most attempts at classification of flat foot morphology include the arch, heel position and foot flexibility. Usual assessment methods are footprint measures, X-rays and visual (scaled) observations. There is no standardized framework from which to evaluate the pediatric flat foot. The pediatric flat foot is often unnecessarily treated, being ill-defined and of uncertain prognosis. Contemporary management of the pediatric flat foot is directed algorithmically within this review, according to pain, age, flexibility; considering gender, weight, and joint hypermobility. When foot orthoses are indicated, inexpensive generic appliances will usually suffice. Customised foot orthoses should be reserved for children with foot pain and arthritis, for unusual morphology, or unresponsive cases. Surgery is rarely indicated for pediatric flat foot (unless rigid) and only at the failure of thorough conservative management. The assessment of the pediatric flatfoot needs to be considered with reference to the epidemiological findings, where there is consensus that pediatric flexible flat foot reduces with age and that most children are asymptomatic. **Globally, there is need for a standard by which the pediatric flat foot is assessed classified and managed. Until then, assessment should utilize the available evidence-based management model,** the p-FFP Future research needs to evaluate the pediatric flat foot from representative samples, of healthy and known disease-group children prospectively, and using validated assessment instruments. The preliminary findings of the benefits of foot exercises, and discrete investigation into the effects of shoes and footwear use are also warranted.

PMID:

21448121

[PubMed - indexed for MEDLINE]

Free full text

[Arch Phys Med Rehabil.](#) 2009 Apr;90(4):701-6. doi: 10.1016/j.apmr.2008.11.002.

Effectiveness of prefabricated and customized foot orthoses made from low-cost foam for noncomplicated plantar fasciitis: a randomized controlled trial.

[Baldassin V](#), [Gomes CR](#), [Beraldo PS](#).

Abstract

OBJECTIVES: To evaluate the effectiveness of prefabricated and customized foot orthoses made from low-cost foam (ethylene vinyl acetate [EVA]) in plantar fasciitis.

DESIGN: Double-blinded randomized controlled trial...

CONCLUSIONS: The low-cost prefabricated and customized foot orthoses, as used in this trial, had similar effectiveness in the treatment of noncomplicated plantar fasciitis after 8 weeks of use. Our results were similar to other trials,...

Tencer AF, et al: "Biomechanical properties of shoes and risk of falls in older adults"
J Am Geriatr Soc. 2004 Nov;52(11):1840-6

A cohort of 1,371 older adults, of whom 327 reported a fall and 327 served as age- and sex-matched controls... Greater heel height was associated with increased risk of a fall (P for trend=.03), whereas greater sole contact area was associated with reduced risk (P for trend=.005).

