

Allegato



Giunta Regionale

Direzione Generale Cura della Persona, Salute e Welfare

ASSISTENZA PROTESICA, ORTESICA E FORNITURA DI AUSILI TECNOLOGICI:

PERCORSI ORGANIZZATIVI E CLINICO-ASSISTENZIALI.

LINEE DI INDIRIZZO REGIONALI

INDICE

INTRODUZIONE	3
1. LE FASI DEL PERCORSO DI EROGAZIONE DELL'ASSISTENZA PROTESICA	3
1.1 INDIVIDUAZIONE DEL BISOGNO DI ASSISTENZA PROTESICA	4
1.2 FORMULAZIONE DEL PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PRAI)	5
1.3 PRESCRIZIONE	6
1.4 AUTORIZZAZIONE	8
1.5 FORNITURA E TEMPI DI CONSEGNA	9
1.5.1 Riconducibilità	9
1.5.2 Proprietà e comodato d'uso	10
1.6 COLLAUDO	11
2. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE	12
3. GRAVISSIME DISABILITÀ	12
4. AUSILI PER IL SOLLEVAMENTO E PER IL SUPERAMENTO DELLE BARRIERE VERETICALI	13
5. ALBO PRESCRITTORI – FORMAZIONE	14
GLOSSARIO	15

INTRODUZIONE

Con la pubblicazione del DPCM 12 gennaio 2017, che ridefinisce le attività, i servizi e le prestazioni garantite dal Servizio Sanitario Nazionale (SSN) ai cittadini (Livelli Essenziali di Assistenza – LEA), sono state introdotte importanti novità in merito all’assistenza protesica. Infatti, sono stati eliminati dal nomenclatore presidi ormai obsoleti, inseriti presidi tecnologicamente più avanzati, introdotte nuove indicazioni di erogabilità, ampliata la platea dei beneficiari ed esteso lo strumento delle gare pubbliche ai fini dell’acquisto dei dispositivi, mantenendo laddove necessario, la personalizzazione degli stessi.

Lo stesso DPCM demanda alle Regioni il compito di fornire indicazioni per migliorare l’appropriatezza prescrittiva, semplificare ed omogeneizzare i percorsi organizzativi e clinico assistenziali dell’assistenza protesica. Considerando che la Regione Emilia-Romagna già nel 2011 ha emanato linee di indirizzo in tal senso (DGR1599/11), appare quindi evidente la necessità di rielaborare le stesse linee di indirizzo per armonizzarle con il modificato quadro normativo.

Il presente documento, riferimento per le Aziende sanitarie, ha pertanto lo scopo di garantire omogeneità nella gestione dei percorsi organizzativi e assistenziali, semplificare le procedure d’accesso, rispondere tempestivamente alle necessità delle persone disabili e alle loro famiglie, sfruttando tutte le possibili sinergie derivanti dall’integrazione di azioni cliniche, tecnologiche ed amministrative.

È utile ricordare che, tra le novità introdotte dal Decreto sopracitato, l’erogazione dei dispositivi medici monouso (sacche per stomie, cateteri, ausili per incontinenza, medicazioni, ecc.), prima inclusa nell’assistenza protesica, è stata trasferita nell’ambito dell’assistenza integrativa (artt. 10 e 11).

1. LE FASI DEL PERCORSO DI EROGAZIONE DELL’ASSISTENZA PROTESICA

L’erogazione di prestazioni di assistenza protesica, a carico del Servizio Sanitario Nazionale, è rivolta ai cittadini in possesso dei requisiti indicati all’articolo 18 del DPCM 12 Gennaio 2017 e necessita dell’attivazione delle seguenti fasi:

- individuazione del bisogno di assistenza protesica
- formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale (PRAI)
- prescrizione

- autorizzazione
- fornitura
- collaudo
- controlli

Le fasi sopra indicate delineano il percorso di erogazione dell'assistenza protesica costituito da attività di tipo clinico, assistenziale e amministrativo tra di loro interdipendenti e la cui integrazione è indispensabile per garantire semplificazione, tempestività ed efficacia rispetto agli obiettivi di salute del paziente.

1.1 INDIVIDUAZIONE DEL BISOGNO DI ASSISTENZA PROTESICA

Il percorso di erogazione dell'assistenza protesica ha, nelle sue varie fasi, l'obiettivo del recupero del massimo livello di autonomia possibile, contenendo al minimo le restrizioni della partecipazione alle attività di vita (ICF, WHO 2001).

Non va dimenticato che l'ausilio può influenzare profondamente la vita della persona, imponendo modalità diverse nello svolgere le attività di vita quotidiana, richiedendo modifiche all'ambiente di vita e, non ultimo, al proprio stile di vita. Sottovalutando questi aspetti l'ausilio può risultare inefficace e non utilizzato.

Per l'individuazione del bisogno è necessario pertanto rispettare tre principi: competenza, contestualità, consonanza della soluzione proposta. L'erogazione di un ausilio che rispetta tali principi facilita la persona nel recupero di un nuovo equilibrio di autonomia e di relazione, consentendogli di esprimersi più compiutamente nelle sue peculiarità.

La fase dell'individuazione del bisogno è di norma composta da:

- valutazione del bisogno di autonomia/assistenza;
- valutazione delle risorse biologiche, psicologiche, motivazionali, familiari ed ambientali;
- valutazione del contesto di vita;
- valutazione di precedente dotazione di ausili;
- acquisizione delle informazioni sulla tipologia dei presidi previsti dal Nomenclatore Tariffario, delle relative caratteristiche funzionali (vantaggi e svantaggi), dei relativi costi di acquisizione e manutenzione;
- verifica dei presidi presenti per ricondizionamento o in magazzino e valutazione comparativa dell'appropriatezza delle varie soluzioni;

- valutazione del livello di modificabilità della disabilità mediante l'utilizzo del presidio individuato, compreso il carico assistenziale per il caregiver;
- integrazione delle diverse valutazioni nel Piano Riabilitativo-Assistenziale Individuale (PRAI), dal quale scaturirà la prescrizione nell'ambito del più complessivo progetto riabilitativo.

Appare evidente come l'utilizzo degli strumenti informatizzati risulti fondamentale e imprescindibile al fine della gestione dell'intero percorso di assistenza protesica, nell'ottica della tempestività della fornitura e della garanzia di omogeneità sul territorio aziendale.

1.2 FORMULAZIONE DEL PIANO RIABILITATIVO-ASSISTENZIALE INDIVIDUALE (PRAI)

La definizione del PRAI, e il successivo percorso di individuazione del dispositivo o dell'ausilio, deve prevedere un approccio partecipato con il paziente e i suoi familiari, stabilendo un'alleanza terapeutica in grado di garantire l'aderenza alle prescrizioni e fornendo le informazioni utili a supportare le aspettative del paziente e della famiglia sul massimo di autonomia ragionevolmente raggiungibile. Tale modalità di presa in carico della persona richiede competenze multidisciplinari al fine di raccordare in modo unitario e sinergico gli interventi di fornitura di ausili, di accessibilità e di assistenza alla persona. Nei casi più gravi e complessi è necessario individuare una figura che svolga funzioni di raccordo all'interno dell'equipe seguendo nel tempo tutte le fasi del percorso riabilitativo/assistenziale: dalla valutazione del bisogno, all'intervento, all'addestramento, alla formazione del paziente e/o caregiver, in relazione all'utilizzo, alla buona gestione e adattamento dell'ausilio, alla consulenza/informazione ai famigliari e agli operatori del territorio.

Le competenze professionali del fisioterapista/terapista occupazionale e, per ausili specifici, del logopedista/ortottista, rendono tali professionisti i più idonei ad assicurare la funzione di sintesi¹ (case manager) all'interno dell'equipe multiprofessionale.

A seguito di attenta analisi dei bisogni riabilitativi e assistenziali della persona, il medico specialista e l'equipe multidisciplinare, laddove necessaria, formulano il PRAI dal quale scaturirà la prescrizione dei dispositivi.

Il PRAI non rappresenta solo un requisito per la concessione di un ausilio a carico del Servizio Sanitario Nazionale ma è necessario per la definizione degli obiettivi di autonomia da raggiungere, in un processo dinamico, nell'ambito del progetto di vita della persona.

¹ DGR n.427/2009 "Linee di indirizzo regionali di attuazione del PSSR 2008 - 2010 per l'ulteriore qualificazione delle cure primarie attraverso lo sviluppo delle professioni sanitarie assistenziali"

Come indicato all'art. 1, comma 3, allegato 12 del DPCM 12.1.2017, il PRAI deve riportare:

- indicazione della patologia o della lesione che ha determinato la menomazione o la disabilità;
- diagnosi funzionale con le specifiche menomazioni o disabilità;
- descrizione del programma di trattamento, con indicazione degli esiti attesi in relazione all'utilizzo della protesi, ortesi o ausilio a medio e a lungo termine;
- tipologia di dispositivo, adattamenti e/o personalizzazioni eventualmente necessari, modi e tempi d'uso del dispositivo, eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, possibili controindicazioni e limiti di utilizzo;
- indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi.

Il medico specialista e l'equipe sono responsabili della conduzione del piano e della verifica periodica dei risultati attesi, indicati nel piano stesso.

Al fine di garantire appropriatezza della prescrizione e corretta informazione all'assistito e ai suoi famigliari, il medico specialista e l'equipe devono possedere la conoscenza della normativa relativa al percorso di fornitura dell'assistenza protesica, nonché la specifica competenza sui dispositivi oggetto della prescrizione, al fine di focalizzare al meglio gli obiettivi del PRAI.

1.3 PRESCRIZIONE

La nuova normativa prevede l'utilizzo del ricettario standardizzato del SSN per la prescrizione di prestazioni che comportano la fornitura dei dispositivi contenuti nell'allegato 5 del DPCM già citato. La prescrizione dovrà essere effettuata presso una struttura pubblica e dovrà essere cura delle aziende sanitarie predisporre strumenti che permettano un'adeguata informazione al cittadino relativamente all'attività specialistica prescrittiva.

Ai fini della prescrizione il medico prescrittore, in relazione alle specifiche competenze professionali, può avvalersi della valutazione e della proposta di ausili effettuata da fisioterapisti, logopedisti, infermieri, terapisti occupazionali, audioprotesisti, tecnici ortopedici dell'Azienda sanitaria, da professionisti delle strutture di primo e secondo livello, presenti sul territorio regionale, con competenze in materia di ausiliazione (tecnologica e non, informatica, ambientale).

Inoltre, va ricordato che, come indica il DPCM 12 gennaio 2017 all'allegato 12, la prescrizione deve essere coerente con il PRAI, e riportare la specifica menomazione o disabilità, le definizioni e i codici identificativi dei dispositivi che devono appartenere alla medesima famiglia del dispositivo principale.

Le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ausili, protesi e ortesi su misura dell'elenco 1, del nomenclatore allegato 5 al DPCM sono erogate su prescrizione del medico specialista.

Nell'ottica della semplificazione, le Aziende USL dovranno individuare percorsi agevolati per i cittadini relativamente alle procedure di riparazione o sostituzione di componenti che non modifichino le funzioni e/o l'utilizzo dei dispositivi ricompresi negli elenchi 2a e 2b (allegato 5 al DPCM).

Per raggiungere l'obiettivo di una maggiore appropriatezza prescrittiva e rendere più efficace il percorso dell'assistenza protesica, è necessario avvalersi di medici specialisti, in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici inseriti negli appositi albi dei prescrittori aziendali o interaziendali, nei territori dove insistono le AOSP.

Al fine di facilitare il percorso di fornitura si ritiene opportuno mantenere quanto già definito nella DGR 1599/2011, che individua due macrocategorie di dispositivi:

- **“dispositivi riabilitativi”**, funzionali al recupero/compenso di alterazioni funzionali, all'autosufficienza/autonomia ed inserimento nel contesto sociale;
- **“dispositivi assistenziali”**, ausili utili al mantenimento del paziente a domicilio con adeguato processo di nursing:

CODICI	DESCRIZIONE DETTAGLIATA
04.33.03.003	CUSCINO IN FIBRA CAVA SILICONATA
04.33.06.006	MATERASSO VENTILATO IN ESPANSO COMPOSITO
18.12.07.003	LETTO ARTICOLATO A DUE SNODI (TRE SEZIONI) E DUE MANOVELLE, PIEGHEVOLI E RIENTRANTI, A REGOLAZIONE MANUALE, SENZA RUOTE
18.12.27.003	Aggiuntivo: sponda universale per letto, abbassabile, ribaltabile o asportabile
18.12.91.003	Aggiuntivo: asta solleva-persona con base a terra
09.12.03.006	SEDIA A COMODA CON RUOTE PER DOCCIA/WATER MANOVRABILE DALL'ACCOMPAGNATORE
12.22.03.006	CARROZZINA AD AUTOSPINTA SULLE RUOTE POSTERIORI
09.12.15.006	RIALZO PER WC CON BRACCIOLI E REGOLABILE IN ALTEZZA
12.36.03.006	SOLLEVATORE MOBILE AD IMBRACATURA, ELETTRICO, CON IMBRACATURA STANDARD

Per semplificare l'accesso dell'utente all'assistenza protesica e garantire una tempestiva fornitura, la prescrizione di "dispositivi assistenziali" può essere effettuata, come previsto dalla DGR 1599/2011, dal Medico di Medicina Generale (MMG) o dal Pediatra di Libera Scelta (PLS) o dai medici di organizzazione del Dipartimento Cure Primarie. In particolare, per quanto riguarda pazienti in assistenza domiciliare, il medico prescrittore potrà avvalersi della valutazione e delle proposte di ausili effettuata dagli infermieri che hanno in carico il paziente.

1.4 AUTORIZZAZIONE

L'autorizzazione alla fornitura del dispositivo è rilasciata, sulla base della prescrizione e della documentazione correlata, dal Distretto competente tramite il medico autorizzatore, formalmente individuato in ciascun Distretto o area territoriale.

Il medico autorizzatore ha la responsabilità di verificare:

- la titolarità del diritto dell'assistito (DPCM 12 gennaio 2017 art. 18 Destinatari delle prestazioni di assistenza protesica);
- la completezza della prescrizione;
- la presenza del PRAI;
- il rispetto dei tempi e delle modalità di rinnovo, in caso di fornitura successiva alla prima (come previsto dal DPCM 12 gennaio 2017).

Il medico autorizzatore, al fine di un'appropriata verifica di quanto sopra, in presenza di documentazione insufficiente o incongruente, deve richiedere approfondimenti direttamente ai medici specialistici prescrittori, rispondendo così in maniera efficace ed efficiente al bisogno specifico del cittadino che non dovrà più assumere la funzione di integrazione fra i diversi servizi.

Il Distretto competente si pronuncia sulla richiesta di autorizzazione tempestivamente e comunque non oltre 15 giorni di calendario dalla presentazione della richiesta. Le richieste di rinnovo devono essere soddisfatte entro 10 giorni di calendario. Qualora vengano richiesti chiarimenti e/o integrazioni, da parte del medico autorizzatore, le tempistiche riportate sono da ritenersi sospese, per un massimo di 5 giorni, per la ricezione dei chiarimenti e/o integrazioni richiesti.

Qualora l'assistito sia momentaneamente domiciliato presso altra Azienda USL (intra e extra regione) l'autorizzazione da parte dell'Azienda USL di residenza dovrà rispettare la tempistica sopra indicata, fatto salvo quanto previsto dal comma 4 art. 18 del DPCM 12 gennaio 2017.

1.5 FORNITURA E TEMPI DI CONSEGNA

Il DPCM 12 gennaio 2017 all'allegato 12 prevede che per gli ausili su misura, di cui all'elenco 1 dell'allegato 5, l'assistito possa esercitare la libera scelta tra i soggetti autorizzati presso il Ministero della Salute.

I dispositivi inclusi negli elenchi 2a e 2b dell'allegato 5 saranno forniti tramite procedure di gara assicurando tempi rapidi di fornitura per la tempestiva attuazione del PRAI. Per i dispositivi di serie, per i quali è prevista la messa in opera da parte del tecnico abilitato, la tempistica dovrà tenere conto degli eventuali adattamenti/regolazioni ma in ogni caso non potrà superare gli 8 giorni di calendario. I dispositivi di serie che non richiedono la messa in opera da parte del tecnico vanno forniti entro 24/48 ore solari per le urgenze, entro 3 giorni di calendario per le dimissioni protette, ADI/cure palliative domiciliari e 5 giorni di calendario per gli altri casi.

Le AUSL hanno il compito di verificare il rispetto dei tempi di consegna sopra indicati e di attuare eventuali azioni correttive.

La fornitura di nuovi dispositivi è regolamentata all'art. 18 comma 10 del citato DPCM. I dispositivi inclusi nell'elenco 1 sono forniti trascorsi i tempi minimi di rinnovo previsti per ciascuna classe dello stesso elenco e in ogni caso qualora sussistano le condizioni previste dal medesimo comma alle lettere a) e b). Tali condizioni si applicano anche ai dispositivi inseriti nei tre elenchi per i quali non sono indicati tempi minimi di rinnovo.

Per i dispositivi forniti ai minori di anni 18, come indicato dall'articolo sopracitato, non si applicano i tempi minimi di rinnovo e l'AUSL autorizza le sostituzioni o modificazioni in base ai controlli clinici prescritti e sulla base del PRAI.

1.5.1 Riconducibilità

Il concetto di riconducibilità è riportato all'art. 17, comma 5, del D.P.C.M. 12 gennaio 2017, che recita: "Qualora l'assistito, al fine di soddisfare specifiche, apprezzabili, necessità derivanti dallo stile di vita o dal contesto ambientale, relazionale o sociale richieda, in accordo con il medico, un dispositivo appartenente a una delle tipologie descritte negli elenchi allegati, con caratteristiche strutturali o funzionali o estetiche non indicate nella descrizione, il medico effettua la prescrizione riportando le motivazioni della richiesta...".

La riconducibilità di un dispositivo, così come previsto dal DPCM sopracitato, deve essere dichiarata dal medico specialista prescrittore nella stesura del PRAI attraverso esaustiva relazione sulle motivazioni della riconducibilità stessa.

In coerenza con il PRAI, la prescrizione deve:

- riportare le motivazioni della richiesta;
- indicare il codice della tipologia a cui il dispositivo appartiene.

Il medico prescrittore deve inoltre informare l'assistito e/o i suoi famigliari sulle caratteristiche e funzionalità riabilitativo-assistenziali del dispositivo per il quale è stata effettuata la riconducibilità.

Il DPCM stabilisce inoltre che l'Azienda USL di competenza autorizzi la fornitura, previa verifica dell'effettiva sussistenza della riconducibilità del dispositivo, e corrisponda al fornitore una remunerazione pari alla tariffa o al prezzo assunto dalla stessa AUSL per il corrispondente dispositivo incluso negli elenchi. Resta a carico dell'assistito l'eventuale differenza fra quanto corrisposto dall'Azienda USL e il costo del dispositivo prescritto; qualora la differenza corrisposta dal cittadino sia superiore al 50% del costo totale, il dispositivo resta di proprietà dell'assistito che dovrà provvedere alla riparazione e alla manutenzione dello stesso. La scelta del dispositivo "riconducibile" implica inoltre che siano a carico dell'assistito tutte le prestazioni professionali correlate alle modifiche richieste o legate alle caratteristiche che hanno motivato la scelta del dispositivo.

L'Azienda USL di competenza nella fase autorizzativa, accertata la sussistenza della riconducibilità, deve richiedere che il preventivo del dispositivo sia corredato di scheda tecnica e relativo prezzo al pubblico.

Qualora venga accertata la non riconducibilità del dispositivo, il medico autorizzatore dell'AUSL invierà specifica comunicazione e relativa motivazione del diniego all'assistito, informandone anche il prescrittore.

1.5.2 Proprietà e comodato d'uso gratuito

In conformità a quanto previsto dall'art. 18 comma 9 del DPCM 12 gennaio 2017 la Regione Emilia-Romagna stabilisce che i dispositivi protesici di cui agli elenchi 2a e 2b, si intendono ceduti in comodato d'uso alla persona assistita.

L'Azienda USL di residenza dell'assistito, attraverso modalità organizzative opportunamente regolamentate, provvederà al recupero dei dispositivi forniti che, sanificati, ricondizionati ed eventualmente riparati, potranno essere concessi ad altro utente. Il cittadino, così come previsto dal Codice Civile e dal decreto sopracitato, è responsabile della custodia e della buona tenuta dei dispositivi forniti. (Schema di contratto di comodato d'uso reperibile alla pagina istituzionale della Regione Emilia-Romagna <http://salute.regione.emilia-romagna.it/>)

Il processo di ritiro, sanificazione, messa a norma e riparazione dei dispositivi dovrà essere garantito dalla certificazione di un tecnico ortopedico abilitato e tracciabile attraverso sistemi informatici.

1.6 COLLAUDO

Il collaudo consiste in una valutazione clinico funzionale della corrispondenza della fornitura del dispositivo alla prescrizione e della sua idoneità allo sviluppo del PRAI; è effettuato dallo specialista prescrittore, il quale può eventualmente avvalersi dell'equipe multiprofessionale che ha effettuato la proposta del dispositivo. Qualora il collaudo accerti la mancata corrispondenza alla prescrizione, il malfunzionamento o l'inidoneità tecnico-funzionale del dispositivo, la ditta fornitrice è tenuta ad apportare le necessarie modifiche e sostituzioni, fermo restando l'obbligo del periodo di garanzia.

Come indicato dal DPCM 12 gennaio 2017, il collaudo deve essere eseguito sui dispositivi su misura inclusi nell'elenco 1 allegato 5, sugli ausili di serie dell'elenco 2A, nonché sugli ausili di serie dell'elenco 2B per i quali sia stata richiesta una prestazione del professionista sanitario abilitato all'esercizio della professione o arte sanitaria ausiliaria o di altri tecnici con specifiche competenze professionali nell'ambito degli ausili per comunicazione e informazione. Per i dispositivi per i quali non è previsto il collaudo l'assistito deve comunque e in ogni caso attestare l'avvenuta consegna del dispositivo prescritto. Nel caso che il dispositivo non corrisponda a quanto prescritto, o non sia perfettamente funzionante, il cittadino può chiedere una verifica e collaudo al medico prescrittore così come indicato all'art.1, comma 14 dell'allegato 12 del DPCM 12 gennaio 2017.

Nell'ottica di facilitare l'accesso dell'utente al percorso di fornitura il medico prescrittore deve prescrivere ed effettuare la valutazione protesica/ortetica ambulatoriale finalizzata al collaudo entro un tempo massimo di 40 giorni di calendario dalla data di consegna.

Il collaudo dei dispositivi erogati a utenti non trasportabili o in caso di gravi motivazioni deve essere effettuato al domicilio o presso struttura di ricovero e potrà essere effettuato anche da altro specialista della stessa area professionale di appartenenza della stessa Azienda Sanitaria o dell'Azienda Sanitaria di residenza dell'assistito.

Qualora l'assistito non si presenti al collaudo senza giustificato motivo e non effettui la disdetta entro i termini stabiliti incorrerà nelle sanzioni previste dalla L.R. 2/16 (Titolo VI "Norme in materia di prenotazioni di prestazioni specialistiche ambulatoriali" art. 23).

2. CONTINUITÀ ASSISTENZIALE

Le modalità di sanificazione/ricondizionamento/riparazione dei dispositivi attivate sul territorio regionale consentono un'efficiente gestione dei dispositivi acquistati, ottimizzandone il riutilizzo e permettendo così di ampliare la platea dei beneficiari. Al fine di garantire la tempestività nella continuità assistenziale, possono essere forniti, a giudizio del prescrittore, dispositivi funzionalmente equivalenti già presenti in magazzino.

Il DPCM 12 gennaio 2017 riconosce l'importanza che i dispositivi protesici rivestono sia nel percorso di recupero delle autonomie sia a garanzia di un adeguato livello di assistenza al domicilio stabilendo, al fine di assicurare la continuità assistenziale nella conduzione del PRAI/PAI, la possibilità di fornire a pazienti con grave disabilità transitoria, dispositivi di serie di cui all'elenco 2b dell'allegato 5. I destinatari di tali prestazioni sono le persone in regime di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata/cure palliative domiciliari.

La fornitura è limitata ad un periodo massimo di **60** giorni di calendario prorogabili in caso di particolari necessità, previa rivalutazione del bisogno del paziente. Durante tale periodo può essere avviato l'iter per il riconoscimento della condizione di avente diritto.

3. GRAVISSIME DISABILITÀ

Come già normato dalla Regione Emilia-Romagna con DGR 1599/2011, per dare una risposta adeguata al bisogno riabilitativo delle persone affette da gravissime disabilità, in casi eccezionali le AUSL possono garantire l'erogazione di dispositivi non inclusi negli elenchi del Nomenclatore così come stabilito anche dall'art. 18, comma 8, del DPCM 12 gennaio 2017. Il Distretto di residenza dell'assistito, previo parere dell'Unità di Valutazione Multidimensionale (UVM - DGR n.1230/08), integrata dagli specialisti competenti per disabilità, verifica la

necessità, l'appropriatezza e l'indispensabilità del dispositivo per l'assistito al fine del recupero funzionale e sociale, altrimenti non raggiungibile.

La fornitura dovrà essere autorizzata dall'Azienda USL di residenza dell'assistito con provvedimento formale.

4. AUSILI PER IL SOLLEVAMENTO E PER IL SUPERAMENTO DELLE BARRIERE VERTICALI

Con il citato DPCM è stata introdotta la fornitura dei sollevatori fissi a soffitto e a bandiera e dei montascale fissi con sedile e con piattaforma. La fornitura di tali dispositivi, così come per i montascale mobili, scaturisce da una attenta valutazione multiprofessionale e multidimensionale in grado di verificare i reali bisogni del paziente, la indispensabilità per l'autonomia di vita e la compatibilità ambientale dei dispositivi. Pertanto, a seguito della valutazione del bisogno del paziente e prima della prescrizione, sarà necessario effettuare l'analisi dell'ambiente di vita (ad esempio: presenza di caregiver idoneo, possibilità e capacità di utilizzo del dispositivo in sicurezza, ecc.) e la verifica strutturale dell'abitazione, nel rispetto delle normative vigenti. Nello specifico, per quanto riguarda i montascale fissi con sedile e i montascale fissi con piattaforma occorre precisare che tali ausili vanno installati per il superamento di scale interne al domicilio abituale, nonché per le scale esterne necessarie all'accesso al domicilio medesimo. Occorre inoltre valutare se le scale sono superabili mediante l'installazione di una rampa con caratteristiche rispondenti alle vigenti normative in tema di accessibilità e se l'edificio sia sprovvisto di ascensore idoneo o, qualora presente, non possa essere adattato alle specifiche esigenze dell'assistito in carrozzina.

Le valutazioni emerse devono essere parte integrante del PRAI e dovranno essere effettuate da tutte le figure professionali coinvolte a diverso titolo.

Le indicazioni relative agli assistiti aventi diritto sono esplicitate nell'allegato 5 elenco 2b, così come è esplicitato che le opere murarie e impiantistiche preliminari alla installazione sono a carico dell'assistito, mentre sono a carico del fornitore le verifiche strutturali per fissaggio e installazione dell'ausilio.

I Centri per l'Adattamento Domestico di primo livello (CAAD) o specialistici di secondo livello (CRA e CRIBA) possono essere attivati per attività di informazione e consulenza ai fini del superamento delle barriere architettoniche e per sopralluoghi in ambito domiciliare in situazioni complesse. Nel caso non sussistano le condizioni per l'erogazione dei presidi previsti dal DPCM 12/1/2017, i CAD possono fornire informazioni relative ad altri canali di

finanziamento previsti da provvedimenti nazionali o regionali quali L.13/89 “Disposizioni per favorire il superamento e l’eliminazione delle barriere architettoniche negli edifici privati” e la DGR n. 171/2014 “Criteri di funzionamento del Fondo regionale per l’eliminazione e il superamento delle barriere architettoniche di cui all’art. 56 della legge regionale n. 24/2001”. Al fine di verificare l’efficacia delle soluzioni adottate è opportuna la pianificazione di follow-up periodici per valutare l’effettivo utilizzo degli ausili ed eventuali necessità di ulteriori addestramenti.

5. ALBO PRESCRITTORI - FORMAZIONE

Il provvedimento nazionale di revisione dei LEA presenta elementi innovativi nel percorso di assistenza protesica includendo prestazioni/dispositivi tecnologicamente avanzati, definendo modalità di erogazione in grado di rispondere in maniera appropriata ed efficace ai bisogni dei cittadini e ponendo particolare attenzione all’appropriatezza prescrittiva.

In tale contesto la formulazione di un albo aziendale (o interaziendale nei territori dove insistono le AOSP/IRCCS) di medici specialisti prescrittori assume rilevanza strategica. L’albo, formulato sulla base di competenze specifiche, nel ridurre il numero dei prescrittori consente altresì di individuare in modo puntuale i bisogni formativi degli specialisti che ne fanno parte e favorisce maggiore razionalizzazione dei percorsi assistenziali e organizzativi. La definizione dei percorsi formativi potrà pertanto coniugare, in modo efficace, sia la necessità di sviluppare competenze specifiche per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici, sia la necessità di sviluppare competenze organizzativo-gestionali dei percorsi assistenziali.

Le aziende, singolarmente o per area vasta, dovranno definire obiettivi di formazione che saranno perseguiti sia dai medici specialisti inseriti nell’albo, sia dai professionisti che con diverse competenze sono coinvolti nel processo di assistenza protesica.

I piani di formazione dovranno prevedere anche percorsi specifici rivolti ai prescrittori di ausili assistenziali (indicati al punto 1.3 del presente documento) non essendo per questi previsto l’inserimento nell’albo: medici di medicina generale, pediatri di libera scelta, medici di organizzazione delle cure primarie e delle unità operative ospedaliere.

GLOSSARIO

ADI – Assistenza Domiciliare Integrata

Forma di assistenza che, attraverso l'integrazione di competenze professionali diverse (sanitarie e socio-assistenziali), permette di soddisfare, a domicilio, i bisogni di persone non autosufficienti o impossibilitate ad uscire di casa. L'ADI è caratterizzata dalla presa in carico del paziente attraverso una valutazione multidimensionale e la stesura di un "Progetto di Assistenza Individuale" (PAI) ovvero di un "Progetto riabilitativo Individuale" (PRI). Risultando una valida alternativa al ricovero ospedaliero assicura la necessaria continuità assistenziale.

L'ADI costituisce un insieme organizzato di trattamenti medici, riabilitativi, infermieristici e di aiuto infermieristico necessari per stabilizzare il quadro clinico, limitare il declino funzionale e migliorare la qualità della vita.

In relazione al bisogno di salute dell'assistito ed al livello di intensità, complessità e durata dell'intervento assistenziale, le cure domiciliari si articolano in diversi livelli assistenziali. (DPCM 12 gennaio 2017- Art. 22).

APPROPRIATEZZA

Un intervento socio-sanitario è da ritenersi appropriato se:

- è di efficacia provata da variabili livelli di evidenza;
- è erogato al paziente giusto, al momento giusto, dal professionista giusto e per la giusta durata;
- è erogato con appropriata quantità di risorse, in base al setting e alla complessità assistenziale.

I criteri di appropriatezza, così come indicato dall'EBM, devono essere definiti con riferimento alle migliori evidenze disponibili adeguatamente pesate per la loro qualità metodologica, rilevanza clinica e applicabilità; pertanto, le linee guida prodotte da gruppi multiprofessionali con rigorosa metodologia evidence-based, previo adattamento locale in percorsi assistenziali, rappresentano lo strumento di riferimento per definire i criteri di appropriatezza.

ATTIVITÀ

Esecuzione di un compito o di un'azione da parte di un individuo. Essa rappresenta la prospettiva individuale del funzionamento.

BARRIERE

Rappresentano dei fattori nell'ambiente di una persona che, mediante la loro assenza o presenza, limitano il funzionamento e creano disabilità.

CONTINUITA' ASSISTENZIALE

Risponde alla finalità di creare un elevato livello di integrazione tra i diversi setting assistenziali e tra servizi sanitari e sociali, per garantire una presa in carico unitaria e continuativa sia in termini temporali e progettuali. Presuppone la definizione di percorsi assistenziali condivisi e richiede una organizzazione centrata sulla persona presa in carico.

DISABILITA'

È il termine "ombrello" per menomazioni, limitazione delle attività e restrizioni della partecipazione. Esso indica gli aspetti negativi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali di quell'individuo (fattori ambientali e personali). Può essere conseguenza di una menomazione o la risposta della persona alla menomazione stessa.

DISABILITÀ TRANSITORIA/TEMPORANEA

Disabilità Non durevole, limitata nel tempo (vedi anche Inabilità temporanea: si tratta di un danno fisico che presenta il carattere della temporaneità: si tratta quindi di una situazione destinata a risolversi nel tempo).

FATTORI AMBIENTALI

Costituiscono gli atteggiamenti, l'ambiente fisico e sociale in cui le persone vivono e conducono la loro esistenza.

FATTORI PERSONALI

Fattori contestuali correlati all'individuo quali l'età, il sesso, la classe sociale, le esperienze di vita, e così via.

FUNZIONAMENTO (ICF, OMS 2001)

Termine "ombrello" per le funzioni corporee, le strutture corporee, attività e partecipazione. Esso indica gli aspetti positivi dell'interazione tra un individuo (con una condizione di salute) e i fattori contestuali dell'individuo (fattori ambientali e personali).

LIMITAZIONI DELL'ATTIVITÀ

Rappresentano le difficoltà che un individuo può incontrare nell'eseguire delle attività, una limitazione dell'attività può essere una deviazione da lieve a grave, in termini quantitativi o qualitativi, nello svolgimento dell'attività rispetto al modo o alla misura attesi da persone senza la condizione di salute. Tale termine sostituisce il termine "disabilità" nella versione del ICIDH (OMS) del 1980.

MALATTIA CRONICA

Definizione OMS *“problemi di salute che richiedono un trattamento continuo durante un periodo di tempo da anni a decenni”*. Tali problemi hanno generalmente una lenta progressione, tendono a sviluppare una disabilità variabile, richiedono una formazione specifica per una buona qualità di vita, necessitano di un lungo periodo di controllo, osservazione e cura.

MENOMAZIONE

Per menomazione si intende una qualsiasi perdita o anomalia a carico di strutture o funzioni psicologiche, fisiologiche, anatomiche.

È caratterizzata da perdita o anomalie transitorie o permanenti, esistenza o evenienza di anomalie, difetti, perdite a carico di arti, organi, tessuti o altre strutture del corpo, incluso il sistema delle funzioni mentali.

Essa è l'esteriorizzazione di uno stato patologico e in linea di principio riflette disturbi a livello d'organo.

PARTECIPAZIONE

La partecipazione si riferisce al livello di coinvolgimento di una persona nelle situazioni di vita in relazione alla salute, alle condizioni e alle funzioni corporee, alle attività che è in grado di svolgere. Essa rappresenta la prospettiva sociale del funzionamento.

RESTRIZIONI DELLA PARTECIPAZIONE

Problemi che un individuo può sperimentare nel coinvolgimento nelle situazioni di vita. La presenza di una restrizione alla partecipazione viene determinata confrontando la partecipazione dell'individuo con quella che ci si aspetta da un individuo senza disabilità in quella stessa cultura o società.

Sostituisce il termine "handicap" utilizzato nella versione del ICIDH (OMS) del 1980.