shopmed.it
TRC TECARTERAPIA EVOLUTA
Prodotti e creme in offerta
C+I KINESIOLOGY TAPE
il n° 1 al miglior prezzo
PROMO
MEDICAL EQUIPE
TOP QUALITY MED
MOLINARI ELETTROMEDICALI dal 1958
TECARTERAPIA EVOLUTA
TECARTERAPIAEVOLUTA.IT
MOLINARIELETTROMEDICALI.IT

2 Anno XXXI - Marzo/Aprile 2014

PARTECIPIAMO A
EXPOSANITA'
21-24 Maggio 2014

Riabilitazione Oggi

gratis su Apple Store
RiOggi
ENDOR®
DIATERMIE DIGITALI
Costa meno, vale di più!

Poste Italiane S.p.A. - Spedizione in Abbonamento Postale - 70% - LO/MI

RiabilitazioneOggi Corsi di Laurea Professioni Sanitarie

Corso di Laurea in Fisioterapia: stato dell'arte

SILVIA BIELLI
Dottore Magistrale in Scienze della Riabilitazione
Vice Presidente della Commissione Nazionale dei CCDDLL di Fisioterapia Conferenza Permanente dei CCDDLL delle Professioni Sanitarie

Lo stato dell'arte della formazione di base delle professioni sanitarie in Italia (o di accesso alla professione) è rappresentato da un organismo deputato e dedicato, la Conferenza Permanente delle Professioni Sanitarie, luogo virtuale e fisico dove si dibatte e si dialoga della e sulla formazione, della qualità della medesima, di quanto è necessario, opportuno e fondamentale realizzare in merito, con l'intervento di volta in volta di soggetti legati alle istituzioni di riferimento, ovvero dei Ministeri della Salute, dell'Università e degli organi consultivi quali il CUN (Consiglio Universitario Nazionale) e l'ANVUR (Agenzia Nazionale della Valutazione Universitaria). Tale Conferenza Permanente è stata costituita molti anni fa, nel 1997, grazie all'intuizione di alcuni professori e colleghi, con lo scopo di annettere, in un unico contenitore para-istituzionale, i responsabili (presidenti e coordinatori) di tutti i CCDDLL delle Professioni Sanitarie dotate di profilo professionale.
Attualmente e virtualmente la Conferenza raduna in uno-due appuntamenti annuali gli organi di "governo" dei CCDDLL delle Professioni Sanitarie che, potenzialmente, rappresentano circa 600 sedi (39 università, più le sedi/sezioni collegate) riferite ai profili professionali dell'area infermieristico-ostetrica, della riabilitazione, tecnico diagnostica e assistenziale e della prevenzione.
Secondo in ordine di importanza numerica, in cui, come ovvio, il CDL di Infermieristica è prevalente, si colloca il CDL in Fisioterapia con le sue quasi 100 sedi, tra centrali e periferiche. È quindi una grande "rete", un network delle università italiane a capo del quale circa tre anni fa sono stati rieletti e riconfermati fino a settembre 2014, per il secondo triennio, sia la sottoscritta che il Prof. Adriano Ferrari, in rappresentanza dei Presidenti dei CCDDLL italiani: questo rappresenta un grande valore potenziale troppo spesso non adeguatamente valorizzato e visibile al grande "pubblico".
Ogni Commissione a sua volta elegge la sua Giunta, dove sono paritetiche mente rappresentate le due anime del governo dei CCDDLL: sei Presidenti (oggi chiamati "coordinatori" in virtù delle nuove regole universitarie) e sei Direttori o Responsabili della didattica professionale (ieri chiamati "coordinatori" delle attività pratiche e di tirocinio).
La Commissione Nazionale e la sua Giunta di Fisioterapia, in questi tre anni e nel triennio precedente, hanno lavorato molto intensamente, dal punto di vista sia *concettuale* sia politico, portando a compimento contenuti fondamentali di sviluppo professionale, in ambito accademico ed extra accademico.
Per prima cosa è fondamentale segnalare che, a compimento di un lungo periodo di lavoro, è stato elaborato e prodotto il documento conosciuto come il *Core Competence* della formazione del Fisioterapista. Documento realizzato grazie al contributo di numerosi coordinatori e a un gruppo di colleghe/i che, tenendo conto di quanto avviene nelle comunità professionali internazionali, ma anche stabilendo importanti contatti con il mondo politico-istituzionale e della professione, ha definito le competenze "minime" che il Fisioterapista deve raggiungere nel triennio di formazione.
Il *Core*, concretizzato anche con il contributo di AIFI, mette a fuoco il processo fisioterapico e in qualche misura stabilisce uno standard professionale e chiarisce quali debbano essere le procedure, ma anche i comportamenti, attraverso la descrizione di competenze fondamentali e distintive (essenziali ed irrinunciabili) da acquisire durante il percorso di Laurea.
Partendo dalle acquisizioni professionali già in atto e dalle norme e leggi che ci governano (dal profilo alla L. 43, passando dalle L. 42 e 251), disegna otto aree di competenza fondamentali che il futuro professionista dovrà rappresentare in modo compiuto nella vita professionale.

continua a pag. 2

Sommario

2 A che gioco giochiamo? Lettera aperta
10 Il Fisioterapista Sportivo: chi è, cosa fa e dove va!
12 L'approccio integrato alla persona con artrite reumatoide
18 L'Osteopatia è pratica sanitaria e può essere esercitata solo ed esclusivamente da una professione sanitaria
20 Continuità assistenziale Ospedale-Territorio

RiabilitazioneOggi Protesi e Ausili

Ripensare l'assistenza protesica?

RENZO ANDRICH
Ingegnere, Ricercatore, Centro per l'Innovazione e il Trasferimento Tecnologico, Fondazione Don Carlo Gnocchi, Milano

UN MONDO IN EVOLUZIONE

Il mondo degli ausili ha visto negli ultimi anni importanti evoluzioni tecnologiche, innanzitutto per il progresso nei materiali e nelle tecniche di lavorazione: si pensi ad esempio alla componentistica delle protesi o alla tecnologia delle carrozzine superleggere. La crescente pervasività dell'informatica, che sempre più offre la possibilità di risolvere problemi attraverso prodotti di comune mercato opportunamente configurati via software, piuttosto che attraverso dispositivi elettronici dedicati e quindi in principio più costosi e meno flessibili, sta inoltre rendendo sempre più facile la realizzazione e la personalizzazione di determinati ausili.
Si pensi ad esempio a cosa possano fare certi *tablet* o *smartphone*, utilizzati oggi da certi produttori per realizzare il sistema di guida e controllo delle carrozzine elettroniche in alternativa ai controlli elettronici tradizionali, o che, con l'installazione di opportune "*app*", possono divenire strumenti di comunicazione aumentativa, telecomandi per le funzioni domotiche della casa (aprire e chiudere serramenti, luci, porte, regolare il funzionamento di elettrodomestici ecc.) e, grazie alla connettività Internet, sistemi completi di interazione con il mondo.

continua a pag. 8

Editoriale

La ricreazione è finita!

"La ricreazione è finita"
Questa una delle tante espressioni del neopresidente del Consiglio Matteo Renzi, per celebrare la nascita del suo Governo e nel contempo rifilare una stoccata a quello precedente, del "non fare", di Letta.
"La ricreazione è finita", che starebbe a significare, per gli spensierati alunni di una scuola: "ora muovetevi, tutti di nuovo in classe, chini sui banchi, a studiare, scrivere, far di conto", mentre, per gli altrettanto spesso spensierati (eufemismo) nostri Politici: "basta perdite di tempo, manfrine, giochini, passerelle, datevi da fare, discutete, approvate, fate quello per cui siete stati eletti e venite pagati, lavorate per il Paese".
Un esplicito messaggio alla Casta, perché finalmente si impegni per risolvere gli enormi problemi di vario tipo che da troppo tempo mortificano la vita degli Italiani: disoccupazione, tasse, recessione, sfiducia nelle istituzioni... e chi più ne ha più ne metta.
Bene! Fatte le debite proporzioni, speriamo che la ricreazione dei Politici sia finita anche nei confronti del più urgente problema delle Professioni Sanitarie regolamentate, in attesa, ormai da anni, degli Ordini e degli Albi per la completa attuazione della L. 43/2006, regolarizzando così definitivamente la loro professionalità e permettendo di contrastare efficacemente il sempre più dilagante abusivismo in area sanitaria (vedi pag. 2).
Questo nuovo Governo sembra voler correre nel "fare", alla ricerca del tempo (e dei risultati) perduti da quelli precedenti.
In tutto. Anche per noi?
Che sia la "svolta" buona?

Romualdo Carini
Fisioterapista
Direttore Responsabile di Riabilitazione Oggi

MEDICAL EQUIPE
TOP QUALITY MED
MOLINARI ELETTROMEDICALI dal 1958
TECARTERAPIA EVOLUTA
TECARTERAPIAEVOLUTA.IT
MOLINARIELETTROMEDICALI.IT
shopmed.it
TRC TECARTERAPIA EVOLUTA
Prodotti e creme in offerta
C+I KINESIOLOGY TAPE
il n° 1 al miglior prezzo
PROMO

segue da pag. 1

RiabilitazioneOggi **Protesi e Ausili**

Ripensare l'assistenza protesica?

L'informatica ha anche introdotto un paradigma nuovo, sconosciuto in passato, di interazione tra uomo e macchina. Nel passato, per realizzare un determinato compito attraverso un ausilio – si pensi ad esempio ai primi comunicatori (l'antico "comunicatore simbolico 100 caselle", ancora superstite nel Nomenclatore Tariffario con il codice 21.42.06.006) – occorreva agire fisicamente sulla macchina stessa, che quindi andava progettata a priori a seconda delle limitazioni funzionali degli utilizzatori. Oggi lo stesso compito è spesso intermediato da un computer, in qualsiasi forma esso si presenti (personal computer, tablet, smartphone, microchip programmabile a bordo della macchina stessa, o qual'altra forma oggi sconosciuta si presenti nei prossimi anni).

In questo modo, il problema dell'operatore della riabilitazione - trovare una soluzione personalizzata alle esigenze di una persona con disabilità - si concentra sostanzialmente sulla scelta dei dispositivo di interfaccia (tastiera, pannello touch, sensore, riconoscitore vocale, ecc.) e del software di interazione. Invece, per quanto riguarda il computer in sé e ciò che sta a valle di esso (stampante, sintetizzatore vocale, dispositivo di telecomando per elettrodomestici esterni, ecc.), si potrà ricorrere a prodotti industriali di comune mercato, che grazie alla produzione in larga scala tenderanno ad essere più economici, più compatibili con altri dispositivi, più intercambiabili, più robusti o comunque più facilmente riparabili (Fig. 1).

Se guardiamo ad esempio alle molte ricerche in corso sulla possibilità di utilizzare dispositivi robotici come ausili, vedremo che l'unico problema specificamente legato alla disabilità è quello di trovare le modalità comunicative più opportune tra persona e macchina. Il resto è un problema tipicamente industriale: realizzare una macchina in grado di attuare le istruzioni date dall'utente attraverso le opportune interfacce e il software installato sul computer di controllo, e di farlo a costi sostenibili.

Dato che un "costo sostenibile" è possibile solo grazie ad economie di scala, avrà certamente più successo un "robot casalingo per tutti" che, opportunamente configurato, possa essere utilizzato con successo da una persona con disabilità piuttosto che un robot creato appositamente "per assistere una persona con disabilità o una persona anziana" (Fig. 2).

Da ultimo, non bisogna dimenticare il numero crescente di prodotti e servizi progettati secondo criteri di design-for-all (*progettazione universale*). Sebbene tale filosofia progettuale sia ancora lungi dall'essere generalizzata, è ben vero che oggi sempre più spesso una persona con disabilità o una persona anziana con difficoltà nelle attività della vita quotidiana può trovare risposta a determinati problemi in prodotti o servizi del comune mercato.



Fig. 1 - Esempio di guida di carrozzina elettronica con sistema di controllo basato su iPhone.



Fig. 2 - Prototipo di robot domestico per l'assistenza a persone con disabilità (sperimentato dalla Fondazione Don Gnocchi nell'ambito del progetto europeo www.srs-project.eu) .



Fig. 3 - La nuova home page del Portale SIVA (www.portale.siva.it), il Portale Italiano di informazione sugli ausili.

Tab. 1 - AUSILI DEL MERCATO EUROPEO ED ITALIANO (DA SIVA E EASTIN)

Classe ISO	Denominazione	Portale EASTIN	Portale SIVA
04	Ausili per trattamenti sanitari personali	6.480	721
05	Ausili per l'esercizio di abilità	1.382	-
06	Ortesi e Protesi	4.950	-
09	Ausili per la cura e la protezione personale	10.819	1142
12	Ausili per la mobilità personale	13.636	1944
15	Ausili per la cura della casa	2.560	187
18	Mobilia e adattamenti per la casa o per altri ambienti	12.214	1009
22	Ausili per comunicazione e informazione	10.232	812
24	Ausili per manovrare oggetti o dispositivi	2.858	398
27	Ausili per il miglioramento delle condizioni ambientali	168	-
28	Ausili per l'ambito lavorativo e la formazione professionale	1.398	-
30	Ausili per le attività di tempo libero	2277	115

Un esempio è la domotica (automazione di certe funzioni della casa), oggi non più privilegio di pochi, ma sempre più alla portata di tutti coloro che abitano in appartamenti di ultima generazione.

In altre parole: oggi la soluzione tecnologica ad un problema di autonomia va ricercata non solo in un singolo dispositivo specializzato, ma in un mix di ausili specializzati e di tecnologie di uso comune.

LA SITUAZIONE DEL MERCATO

In Italia non esistono ancora dati attendibili sull'entità del mercato degli ausili. Si parla di cifre che vanno dai 500 milioni al miliardo di euro, ma non è nota con precisione né la spesa protesica del SSN, né la spesa privata di chi acquista con mezzi propri.

Per i prodotti considerabili "ausili" sul mercato europeo ed italiano, possiamo contare sul **portale SIVA** (il portale italiano degli ausili della Fondazione Don Gnocchi: www.portale.siva.it, Fig. 3) e sul **portale EASTIN** (il portale europeo degli ausili www.eastin.eu, che integra il portale SIVA con quelli degli altri paesi dell'Unione). Come illustrato nella Tabella 1, si tratta di un numero molto alto di ausili, sull'ordine dei 70.000 in Europa e dei 6.500 in Italia.

Tra gli ausili recensiti dal portale SIVA, solo un sottoinsieme rientra tra quelli ammessi alla fornitura pubblica attraverso il SSN, ossia è afferente alle tipologie elencate nel **Nomenclatore Tariffario** delle Protesi e degli Ausili (DM 332/1999 del Ministero della Sanità). A questi vanno però aggiunti tutti i prodotti "su misura" (il portale SIVA recensisce infatti solo prodotti "finiti"), che ricadono nella classe ISO 06 "Protesi e Ortesi" e che hanno ampio spazio nel Nomenclatore.

Il mercato indotto dal Nomenclatore, nonostante non sia l'unica modalità di fornitura pubblica degli ausili, costituisce certamente una parte preponderante del mercato complessivo degli ausili, in grado di condizionarne in modo determinante le dinamiche.

A questo proposito, se interpelliamo le aziende specializzate del settore, cogliamo segni di sofferenza dovuti a una serie di ragioni: in primo luogo alla vetustà degli elenchi allegati al Nomenclatore che, essendo precedenti al 1999, non hanno potuto confrontarsi con il sostanziale sviluppo tecnologico degli ultimi 15 anni; in secondo luogo alle problematiche connesse con le procedure pubbliche di acquisto cosiddette "di serie" (le cosiddette "gare", previste per gli ausili classificati nell'Elenco 2 del Nomenclatore). Rispetto a queste ultime, l'Italia presenta una situazione a macchia di leopardo, nella quale ottimi esempi di buona prassi (con capitolati di gara che danno il giusto peso alla qualità del prodotto e del servizio, come pure alla possibilità di personalizzare la fornitura per casi individuali complessi) si contrappongono a pessimi esempi (nei quali il solo criterio è il minor costo, con elevato rischio di fornire ausili inadeguati o dannosi).

Su questo fronte il dibattito è acceso da anni; sul tavolo del Ministero sono pronte proposte di aggiornamento del Nomenclatore; si parla anche della necessità di un **Repertorio degli Ausili** di serie, che alla classificazione per tipologia istituita dal Nomenclatore affianchi un'identificazione puntuale – marca, modello e fascicolo documentale – del dispositivo ammesso alla fornitura, in modo da rendere il dispositivo controllabile, tracciabile e non suscettibile di contraffazioni o imitazioni a basso costo. Certamente agire con opportuni provvedimenti su questo fronte è importantissimo. Da anni il Sistema Sanitario Nazionale è immobile sul piano dell'Assistenza Protesica, a fronte di una crescente consapevolezza da parte delle persone con disabilità e delle loro famiglie dell'utilità delle tecnologie nel migliorare la propria qualità di vita, nel favorire l'autonomia, nel consentire la sostenibilità assistenziale; e anche a fronte di un'indicazione molto chiara da parte della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità, che impegna gli stati aderenti a mettere in atto misure adeguate per favorire l'accesso alle tecnologie assistive a tutti coloro che ne abbiano bisogno.

La sola revisione del Nomenclatore, però, non esaurisce la problematica. Lo sviluppo tecnologico degli ultimi anni e l'evoluzione del pensiero riabilitativo, impongono un ripensamento dell'approccio complessivo all'assistenza protesica. Se è possibile aggiornare la nomenclatura delle prestazioni protesiche personalizzate – protesi, ortesi, calzature, sistemi posturali, ecc., ove la componente data dal lavoro del professionista abilitato (tecnico ortopedico, audioprotesista, ortottista) è predominante o quanto meno comparabile alla componentistica e ai materiali utilizzati – sempre meno è possibile fare lo stesso per ausili "di serie" in rapida evoluzione, ove ogni specifico prodotto (identificato con marchio e modello) tende ad avere caratteristiche e prestazioni peculiari, che lo distinguono da altri prodotti della stessa categoria. Si pensi ad esempio alla prescrizione di un comunicatore: a seconda delle specifiche caratteristiche dell'utilizzatore potrà essere necessario in certi casi un costoso ausilio specializzato, in altri un

tablet su cui scaricare una "app" specializzata (magari gratuita), corredato di un opportuno braccio di supporto e di un software di interfaccia adatto alle funzionalità motorie dell'utente: tecnologie molto diverse, per cui ogni tentativo di nomenclarle in modo dettagliato senza citare marche e modelli è puro esercizio accademico, destinato alla rapida obsolescenza dato che in breve tempo spariranno dal mercato, rimpiazzate da nuove soluzioni ancor più efficienti ed economiche.

OCCORRE UN RIPENSAMENTO

Il modello "nomenclatore" non è l'unico possibile. La recente *Position Paper* europea sull'assistenza protesica (vedi a lato), guardando ai sistemi in vigore nei vari Paesi d'Europa, identifica tre possibili modelli: il "*modello medico*", il "*modello sociale*" e il "*modello di mercato*".
Secondo il cosiddetto **modello medico** (*medical model*) ogni singolo ausilio che rientra tra quelli fornibili a carico di un ente erogatore deve essere prescritto da un professionista qualificato, che se ne assume la responsabilità. Il modello è chiamato "*medico*" per la sua apparente somiglianza con la prescrizione di un farmaco nella prassi medica, sebbene non in tutte le nazioni i prescrittori autorizzati siano sempre dei medici: a seconda della tipologia del dispositivo, possono essere altri professionisti sanitari, come terapisti occupazionali, fisioterapisti, infermieri, protesisti/ortesisti, audiologi.
Un modello medico è regolato da un elenco di prodotti ("Repertorio") oppure di tipologie di prodotti ("Nomenclatore"), che sono ammessi alla fornitura pubblica, con o senza soglie di rimborso stabilite ("Tariffario"). L'assistenza protesica del SSN italiano è un tipico esempio di modello medico, in cui la prescrizione è affidata alla figura del medico specialista, come momento finale di un percorso che *nella buona prassi* segue ad accurate valutazioni, nelle quali sono coinvolte varie figure del team riabilitativo e ove necessario anche competenze particolarmente specializzate (*Centri Ausili*).
Il **modello sociale** (*social model*) è incentrato sulla soluzione assistiva nella sua globalità (per es. "tutto ciò che serve per l'autonomia nella cura personale e nella mobilità di questa persona"), anziché sul singolo ausilio. Un modello sociale non è basato su Repertori o Nomenclatori. Nel momento in cui si sono definite le caratteristiche funzionali della soluzione assistiva appropriata per quel determinato utente e il budget è stato autorizzato, la scelta degli specifici ausili (marca e modello) è sostanzialmente libera, a condizione che la soluzione, nel suo complesso, sia efficace (ossia in grado di raggiungere gli obiettivi prefissati).
Il **modello di mercato** (*consumer model*) è una variante del modello sociale, nel quale la scelta e l'acquisto degli ausili sono effettuati direttamente dall'utente.
In Italia, alcune Regioni hanno messo in atto normative che prevedono l'assegnazione di ausili secondo un modello di tipo "sociale" o "consumer". Ad esempio, la Legge 23/1999 della Regione Lombardia prevede contributi alla famiglia della persona con disabilità per soluzioni assistive mirate all'inserimento scolastico o lavorativo, in base ad un progetto individuale e a un preventivo presentato direttamente dalla famiglia stessa. Le norme relative agli interventi per la rimozione di barriere architettoniche nella propria abitazione (Legge 14/1989) sono un esempio estremo di modello "consumer": la persona effettua l'intervento totalmente di propria iniziativa, senza che il sistema pubblico preveda nemmeno un supporto consulenziale, e poi chiede un contributo.
Non esiste una ricetta condivisa per stabilire quale modello sia più adeguato alle circostanze. Ci sono diversi fattori da prendere in esame: il contesto applicativo (vita quotidiana, lavoro, educazione, tempo libero, ecc.), il settore tecnologico (protesi/ortesi, ausili per la vita quotidiana, dispositivi per la casa, ecc.), le competenze professionali disponibili, le norme nazionali di più alto livello in ambito sanitario, sociale, educativo o lavorativo. Considerazioni di tipo economico sono altresì necessarie, visto che i modelli medici sono in linea di principio più costosi rispetto agli altri due, sia a causa di processi più articolati che essi comportano sul piano degli interventi individuali, sia per il complesso apparato legislativo che essi impongono a livello centrale.
La *Position Paper* sostiene che i **modelli medici** siano appropriati solo per dispositivi di carattere "sanitario" (per es. ausili per il sostegno di funzioni vitali quali i dispositivi per l'assistenza respiratoria, o ausili preventivi rispetto a rischi clinici quali i cuscini antidecubito), o di "supporto alla funzione corporea" (per es. protesi, ortesi, calzature, sistemi di seduta personalizzati, ausili per l'udito, ecc.): ossia, laddove la scelta e la personalizzazione del dispositivo richiedano importanti valutazioni cliniche, e in tutti i casi in cui scelte sbagliate potrebbero esporre l'utente a significativo rischio clinico.
Al contrario, la *Position Paper* sostiene che i **modelli sociali** siano i più adeguati per ausili destinati a sostenere la *partecipazione* (dispositivi per la vita quotidiana, per la mobilità, per la comunicazione, adattamenti per la casa, applicazioni di *ambient assisted living*, ecc.); per ausili a *basso rischio clinico*; laddove la gamma di ausili da scegliere sia più ampia e variata, e dunque *esistano diversi modi alternativi* per realizzare la soluzione assistiva; e laddove l'installazione e la configurazione richiedano *competenze tecnologiche piuttosto che cliniche*.
I **modelli di mercato** presentano il vantaggio di mettere in contatto diretto l'offerta di mercato con la domanda del consumatore, il che può favorire il miglioramento della qualità e la riduzione dei prezzi; sono però efficaci solo se gli utenti sono sensibilizzati a sufficienza per essere veri protagonisti di scelte informate e responsabili, capaci poi di rendere conto del raggiungimento o meno degli obiettivi prefissati. Questo comporta la necessità di fornire all'utente efficaci *informazioni*; di allestire *Centri Ausili* nei quali gli utenti possano conoscere e provare le tecnologie assistive con l'assistenza di esperti estranei ad interessi commerciali; di sviluppare un *approccio partecipativo* nei professionisti della riabilitazione; di includere l'*empowerment* tra i risultati attesi dei progetti di riabilitazione, cura, educazione; di mettere in atto provvedimenti che impediscano o rilevino l'eventuale *inutilizzo o abbandono* dei dispositivi acquistati.
Credo che queste indicazioni costituiscano un utile spunto di riflessione per ripensare l'assistenza protesica in Italia in termini più adeguati ai tempi e sostenibili. ■

La *Position Paper* europea sull'assistenza protesica

Nel gergo internazionale, una *Position Paper* è un documento che esprime il parere ufficiale di un'istituzione autorevole rispetto a una determinata tematica. Nel caso in questione, la tematica riguarda la cosiddetta "assistenza protesica", ossia il sistema pubblico che fornisce ai cittadini con disabilità gli ausili tecnici necessari alla propria vita quotidiana, nella scuola, nel lavoro. Le istituzioni firmatarie della Position Paper sono l'AAATE (la Società Scientifica europea dedicata alle tecnologie assistive, www.aaate.net) e l'EASTIN (la rete europea di informazione sugli ausili, www.eastin.eu).
Il documento, piuttosto corposo, è frutto di un laborioso percorso di intense consultazioni tra i maggiori esperti nel settore di vari paesi d'Europa, iniziato con un Workshop internazionale tenuto a Copenhagen nel 2012 tra le iniziative per il turno di Presidenza Danese dell'Unione Europea, e proseguito nei mesi successivi fino a raggiungere il comune consenso.
Esaminiamone alcuni punti salienti.
Innanzitutto, l'indicazione di quale debba essere lo scopo di un sistema pubblico di assistenza protesica. Secondo il documento, è quello di **"assicurare a tutte le persone con disabilità le soluzioni assistive più adeguate per sostenere l'autonomia nel proprio ambiente di vita"**. Non quindi semplicemente di fornire degli ausili tecnici (un plantare, una protesi, una carrozzina, ecc.) a delle persone "aventi diritto" – come recita il "Nomenclatore Tariffario" italiano (DM 332/1999) – bensì di fare in modo che ogni "avente bisogno" possa disporre di tutti gli appropriati "facilitatori ambientali" necessari alla propria autonomia personale e familiare, comprendendo sia *ausili tecnici* (un plantare, una protesi, una carrozzina, un sollevatore, uno strumento informatico per la comunicazione, ecc..), che *adattamenti ambientali personalizzati* (una modifica architettonica della stanza da bagno per poter svolgere in autonomia e sicurezza le operazioni di igiene personale; l'automazione di alcune funzioni della casa, ecc.) oltre all'eventuale assistenza personale umana necessaria.
Il termine "soluzione assistiva" (*assistive solution*) sta infatti ad indicare quell'accorta ed efficiente combinazione di queste tre tipologie di "facilitatori", che come ci insegna l'**ICF** (Classificazione Internazionale delle disabilità, del funzionamento e della salute) non può essere standardizzata, ma va disegnata sulle esigenze individuali di ciascuna persona.
Proprio da questa necessità di personalizzazione, che richiede alti livelli di competenza e di interdisciplinarietà, scaturisce un altro concetto forte della *Position Paper*: l'efficacia di un intervento di assistenza protesica si misura sulla sua capacità di mobilitare tutte le professionalità necessarie (principio di **competenza**), di coordinarsi con tutti gli altri interventi di aiuto alla persona (principio di **coordinamento**), di utilizzare fondi e risorse in modo intelligente verificando il conseguimento degli obiettivi (principio di **efficienza**), di accogliere innovazioni tecnologiche e adattarsi nel tempo alle mutevoli situazioni dell'utente (principio di **flessibilità**), di guardare all'utente non come un semplice assistito, ma come un "compagno di squadra" nelle decisioni che via via si devono prendere (principio di influenza dell'utente). Il documento sottolinea inoltre che l'intervento è dovuto all'utente non in quanto "avente diritto", bensì in quanto "avente bisogno" (principio di **accessibilità**).
Naturalmente il documento non si limita ad enunciazioni di principio, ma – ed è questo il motivo della sua corposità – si addentra in indicazioni operative per gli "addetti ai lavori", nell'auspicio che possano essere fonte di ispirazione per lo sviluppo delle politiche locali di assistenza protesica nei vari Paesi dell'Unione Europea.
Ad esempio, il problema oggi più che mai attuale del **contenimento dei costi** è esaminato nella sua sostanza, che spesso sfugge a causa del modo settoriale con cui in molti paesi, Italia compresa, è organizzata l'amministrazione dell'assistenza protesica. Il punto chiave del discorso, corroborato da ampia letteratura scientifica, è che un efficace intervento di assistenza protesica, inteso nel senso delineato dalla *Position Paper*, oltre a migliorare la qualità della vita della persona e darle pari opportunità di partecipare nella società, riduce la necessità di altri interventi assistenziali o sanitari. Una sofisticata carrozzina elettronica costa certamente parecchio, ma quante migliaia di ore di assistenza essa risparmia nel corso degli anni, oltre che dare alla persona autonomia, sicurezza e libertà? L'adattamento di un appartamento costa, ma quante volte di più costerà nel tempo la degenza in una Residenza Sanitaria? Un sistema che non sia organizzato per rilevare questi dati vedrà solo il "costo" della soluzione assistiva, non il "ritorno sull'investimento" che essa rappresenta: nella pressione del contenimento della spesa, tenderà ad attivare meccanismi di riduzione dei prezzi di acquisto, con il rischio che ciò vada a scapito della qualità; a ridurre il numero di utenti con costose "cacce al falso invalido", e così via.
In definitiva, la *Position Paper* – pubblicata in letteratura scientifica (Andrich et al. 2013) e liberamente scaricabile anche in lingua italiana dalla biblioteca del portale SIVA (www.portale.siva.it) – si propone come un contributo di chiarezza in questa complessa tematica, finora spesso considerata marginale, ma che alla luce delle nuove opportunità offerte dalla tecnologia, della Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità e delle recenti indicazioni dell'Organizzazione Mondiale della Sanità in materia, oggi merita di acquisire nuovo vigore.

Bibliografia

• Andrich R, Mathiassen NE, Hoogerwerf EJ, Gelderblom GJ. Service delivery systems for assistive technology in Europe: an AAATE / EASTIN position paper. Technology and Disability 2013;25(3):127-146.

Quale futuro per l'Assistenza Protesica?

Indicazioni emerse nella Giornata di Lavoro SIMFER del 12 dicembre 2013

La Giornata di Lavoro, organizzata a Milano congiuntamente dalla **Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitazione** (Sezione 24 "Ortesi Protesi Ausili Informatica Teleriabilitazione") e dall'**IRCCS Fondazione Don Carlo Gnocchi**, ha analizzato le principali problematiche odierne in tema di assistenza protesica, al fine di individuare delle piste di lavoro che possano contribuire al miglioramento della sua qualità e efficienza, nell'attuale contesto di pressione per il contenimento della spesa pubblica.
La giornata ha visto oltre ottanta partecipanti, tra medici, fisioterapisti, terapisti occupazionali ed altri professionisti coinvolti nell'assistenza protesica. I lavori si sono articolati in quattro sessioni. La prima è stata dedicata ai problemi tuttora aperti nel percorso valutazione-prescrizione-fornitura degli ausili. La seconda, all'analisi dell'efficacia e dell'efficienza dell'assistenza protesica. La terza, alla conoscenza dei nuovi strumenti messi a disposizione dai portali Internet SIVA ed EASTIN per la valutazione e la prescrizione degli ausili.
La quarta sessione è stata infine dedicata ad un'ampia discussione nella quale sono emerse, oltre alle note criticità legate all'inadeguatezza dell'ormai obsoleto **Nomenclatore Tariffario** e alla mancanza dell'auspicato **Repertorio degli ausili di serie**, varie piste di lavoro. Esse sono: la necessità di **formare gli operatori della riabilitazione** ad un approccio collaborativo con l'utente, al fine di maturare una scelta dell'ausilio appropriata e condivisa; la necessità di mettere in atto procedure di **follow-up** a distanza degli ausili forniti; la necessità di fare chiarezza sul concetto di **riconducibilità**, mettendo fine alla ridda di interpretazioni contrastanti; la diffusione di buone prassi in tema di **collaudo e riciclo**; l'importanza di mettere a sistema i **Centri Ausili** come strutture specialistiche di riferimento a livello regionale per le casistiche più complesse che impegnano competenze tecniche interdisciplinari e adeguate dotazioni strumentali.
Il programma dettagliato della giornata e le slides dei relatori sono liberamente scaricabili dalla biblioteca del portale SIVA www.portale.siva.it.