



REGIONE UMBRIA

OGGETTO: PERCORSI PRESCRITTIVI PROTESI ACUSTICHE IN ETA' ADULTA.

DELIBERAZIONE DELLA GIUNTA REGIONALE

01/03/2006 n. 321.

		presenti	assenti
LORENZETTI MARIA RITA	Presidente		X
LIVIANTONI CARLO	Vice Presidente		X
BOTTINI LAMBERTO	Assessore	X	
GIOVANNETTI MARIO	Assessore		X
MASCIO GIUSEPPE	Assessore		X
PRODI MARIA	Assessore	X	
RIOMMI VINCENZO	Assessore	X	
ROMETTI SILVANO	Assessore	X	
ROSI MAURIZIO	Assessore	X	
STUFARA DAMIANO	Assessore	X	

Presidente : ROSI MAURIZIO

Relatore : ROSI MAURIZIO

Direttore: DE SALVO DOMENICO

Segretario Verbalizzante : BITI FRANCO ROBERTO MAURIZIO

Esecutiva dal 02/03/2006

LA GIUNTA REGIONALE

Visto il documento istruttorio concernente l'argomento in oggetto e la conseguente proposta del Direttore regionale alla sanità e servizi sociali;

Preso atto, ai sensi dell'art. 21 del Regolamento interno di questa Giunta:

a) del parere di regolarità tecnico-amministrativa e della dichiarazione che l'atto non comporta impegno di spesa resi dal Dirigente di Servizio competente, ai sensi dell'art. 21 c.3 e 4 del Regolamento interno;

b) del parere di legittimità espresso dal Direttore;

Vista la legge regionale 22 aprile 1997, n. 15 e la normativa attuativa della stessa;

Visto il Regolamento interno di questa Giunta;

A voti unanimi, espressi nei modi di legge,

DELIBERA

- 1) di fare proprio il documento istruttorio e la conseguente proposta del Direttore, corredati dai pareri di cui all'art. 21 del Regolamento interno della Giunta, che si allegano alla presente deliberazione, quale parte integrante e sostanziale, rinviando alle motivazioni in essi contenute;
- 2) di approvare il documento di cui all'Allegato 1) che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto;
- 3) di dare mandato alle Aziende Sanitarie di procedere all'attivazione dei percorsi prescrittivi delle protesi acustiche in età adulta, sulla base delle Linee organizzative regionali definite all'Allegato 1) del presente atto;
- 4) di prevedere a distanza di un anno dall'adozione del presente provvedimento, una verifica dell'attuazione delle Linee organizzative regionali sui percorsi prescrittivi delle protesi acustiche in età adulta e un monitoraggio del numero delle prescrizioni e dei relativi costi;
- 5) di pubblicare il presente atto nel Bollettino Ufficiale.

IL DIRETTORE: DE SALVO DOMENICO

IL PRESIDENTE: ROSI MAURIZIO

IL RELATORE: ROSI MAURIZIO

IL SEGRETARIO VERBALIZZANTE: BITI FRANCO ROBERTO MAURIZIO

DOCUMENTO ISTRUTTORIO

Oggetto: **Percorsi prescrittivi Protesi acustiche in Età adulta**

Allo scopo di uniformare i comportamenti sul territorio regionale si ritiene opportuno definire un percorso omogeneo per l'erogazione di protesi acustiche a soggetti maggiorenni.

Il D.M. 332 del 27.8.99 individua gli aventi diritto alle prestazioni di assistenza protesica in connessione alle loro menomazioni e disabilità invalidanti.

L'attuale Nomenclatore elenca e classifica le tipologie di ausilio prescrivibili a carico del SSN e stabilisce per ciascuna di esse i requisiti essenziali da ottemperare per poter essere accettati in fase di collaudo.

La prescrizione deve essere inserita in un percorso che preveda la verifica del raggiungimento di obiettivi che confermino o meno l'efficacia delle soluzioni fornite e per individuare eventuali interventi correttivi che possano migliorarla.

Tutto il complesso degli interventi viene oggi inquadrato nella formulazione di un progetto personalizzato elaborato da un'équipe multidisciplinare e rappresenta l'elemento centrale di ogni intervento sanitario in questo settore e contemporaneamente viene individuato come unico strumento idoneo ad ottimizzare il necessario coordinamento degli interventi riabilitativi con gli interventi socio-assistenziali.

Il Gruppo regionale attivato per la definizione delle linee di indirizzo relative ai percorsi prescrittivi delle protesi acustiche, ha definito il documento di cui all'allegato 1), che costituisce parte integrante e sostanziale del presente atto, al fine di omogeneizzare il percorso prescrittivo sulla base dei criteri di efficacia ed appropriatezza.

Perugia, 24/02/2006

L'Istruttore
(Vania Pasquini)

VISTO DEL RESPONSABILE DEL PROCEDIMENTO

Visto il documento istruttorio e riscontrata la regolarità del procedimento, ai sensi dell'art. 21, comma 2, del Regolamento interno della Giunta, si trasmette al Direttore per le determinazioni di competenza.

Perugia, 24/02/2006

Il Responsabile del procedimento
(Mara Zenzeri)

**PARERE IN ORDINE ALLA REGOLARITA' TECNICO-AMMINISTRATIVA E
DICHIARAZIONE CONTABILE**

Ai sensi dell'art. 21, commi 3 e 4, del Regolamento interno della Giunta, si esprime parere favorevole in ordine alla regolarità tecnico-amministrativa del documento istruttorio e si dichiara che l'atto non comporta impegno di spesa.

Perugia, 24/02/2006

Il Dirigente di Servizio
(Dott. Carlo Romagnoli)

PROPOSTA E PARERE DI LEGITTIMITA'

Il Direttore regionale alla sanità e servizi sociali;

Visto il documento istruttorio;

Atteso che sull'atto sono stati espressi il parere di regolarità tecnico-amministrativa e la dichiarazione contabile prescritti;

Non ravvisando vizi sotto il profilo della legittimità;

propone

alla Giunta regionale l'adozione del presente atto.

Perugia, 27/02/2006

Il Direttore
(Dott. Domenico De Salvo)

DX06160035

/vp

PERCORSI PRESCRITTIVI PROTESI ACUSTICHE IN ETA' ADULTA

Il percorso prescrittivo delle protesi acustiche in età adulta viene articolato nel modo seguente:

- Viene fatta richiesta di visita otorino dal medico di Medicina Generale e successivamente in caso di accertata ipoacusia viene presentata domanda di valutazione al Servizio Assistenza Protesica;
- Il paziente viene chiamato a visita, è sottoposto a counseling, con somministrazione di un questionario, e ad Audiometria protesica mediante Audiometria tonale e vocale, Impedenzometria (Test di Metz, soglia del fastidio);
- Vengono definiti i criteri prescrittivi così come segue:
 - Soglia tonale minima 50 dB orecchio migliore (media frequenze 500-1000-2000 Hz);
 - Soglia tonale massima 90 dB orecchio migliore;
 - Audiometria vocale (curva vocale uguale o maggiore alla soglia di intelligibilità senza roll-over);
 - Es.Impedenzometrico (T.di Metz, soglia del fastidio);
- Sulla base dei risultati dell'audiometria lo specialista, su apposito modulo, effettua l'indicazione protesica provvisoria, definendo il gruppo, le caratteristiche elettroacustiche e il tipo di auricolari ed autorizza il paziente a scegliere una delle ditte convenzionate ed a procedere presso la sua sede a delle prove preliminari che hanno lo scopo di valutare nella pratica l'adeguatezza della prescrizione, la tolleranza del paziente, la tecnologia occorrente, la mono o binauralità. Ciò avviene senza costi aggiuntivi per il paziente. "I guadagni" ottenuti nel corso della prova debbono essere oggettivati con audiometria vocale e/o commisurazioni in situ.
- Completate le prove preliminari il paziente con una relazione dell'audioprotesista si reca presso il Servizio Assistenza Protesica per discutere con lo specialista i risultati ottenuti ed effettuare la verifica del "guadagno". Nei casi in cui non ci sia rispondenza di vedute si convoca l'Audioprotesista.

A questo punto sono possibili tre ipotesi:

1. **non ci sono dubbi:** lo Specialista effettua la prescrizione definitiva su apposito modulo;
 2. **ci sono dubbi:** lo Specialista su apposito modulo chiede un periodo di proroga della prova per 15-20 giorni; ciò avviene senza costi aggiuntivi per il paziente. La prescrizione è quindi rinviata e subordinata alla risoluzione dei problemi riscontrati;
 3. **non fattibilità:** lo Specialista annulla il piano terapeutico fornendo la motivazione.
- Una volta effettuata la prescrizione definitiva, viene definito il Progetto riabilitativo con consegna, personalizzazione ed istruzione sull'uso della protesi da parte della ditta fornitrice. Vengono previste sedute di logopedia presso la Struttura pubblica (da 3 a 5 sedute normalmente, 10 nei casi in cui sia da rafforzare il canale visivo).

Il team riabilitativo deve essere costituito dall' otorino, dall'audioprotesista e dalla logopedista (dedicata). In casi particolari è prevista la consulenza dello psicologo.

Questionario disagio soggettivo ipoacusia

	Sì	Qualche volta	No
1) La sua riduzione di udito le provoca difficoltà nella vita di tutti i giorni?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
2) Interferisce nel suo lavoro o nei lavori domestici?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
3) Le provoca nervosismo nelle relazioni con i parenti?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
4) Ostacola le sue attività sociali?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
5) Trova difficile focalizzare l'attenzione?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
6) Si sente stanco o depresso a causa della riduzione di udito?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
7) Il suo problema di udito la rende infelice?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
8) La riduzione dell'udito le provoca ansia?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
9) Le provoca insicurezza?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
10) Pensa che potrà correggerla?	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Si assegnano due punti alla risposta "Sì", un punto alla risposta "Qualche volta", zero alla risposta "No". Viene considerato grave disagio e conferma all'indicazione alla protesizzazione un punteggio uguale o superiore a 15.

Questionario applicazione protesi

1) Pensa che la protesi risolverà definitivamente il suo problema di udito?

Sì
No
Non so

2) E' convinto che migliorerà la sua vita sociale e lavorativa ?

Sì
No
Non so

3) Conosce persone che hanno giovamento dalla protesi acustica?

Sì
No

4) Conosce persone che NON hanno trovato giovamento dalla protesi acustica ?

Sì
No

5) Chi le ha consigliato la protesi acustica ?

Lo specialista O
Il medico di I famiglia O
L'audioprotesista O
E' una mia richiesta O

6) Ha già provato una protesi acustica?

Sì O
No O

7) Se sì con quali risultati?

Buoni O
Scarsi O
Nulli O

8) E' informato del fatto che occorrerà un periodo di adattamento ai nuovi suoni amplificati dalla protesi?

Sì O
No O

9) E' informato del fatto che sarà necessaria molta buona volontà da parte sua per superare i problemi di adattamento alla protesi , in modo da poterla utilizzare al meglio?

Sì O
No O

10) E' informato del fatto che potrebbe essere necessaria un fase di rieducazione da parte di personale specializzato, per abituarsi al mondo sonoro che la protesi viene a creare?

Sì O
No O

11) E' informato del fatto che dovrà essere addestrato all'uso della protesi da parte del tecnico audioprotesista, in modo da poterla gestire correttamente?

Sì O
No O

12) E' informato del fatto che i suoi familiari dovranno aiutarla, specie all'inizio, ad usufruire della protesi con adeguati comportamenti, quali parlare lentamente o dosare l'intensità della voce?

Sì O
No O

13) La disturba il fatto che la protesi acustica può essere notata , e quindi desidera una protesi poco visibile anche sapendo che sarà forse più difficile adoperarla ?

Sì

No

14) E' realmente convinto di desiderare la protesi acustica sapendo di doversi impegnare molto per utilizzarla?

Sì

No

Regione dell'Umbria
Unità Sanitaria Locale n. _____

SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA – PROTESI ACUSTICHE

Con la presente, autorizzo il/la Sig./ra _____ ad eseguire prove di valutazione applicativa con apparecchi acustici presso lo studio dell'audioprotesista convenzionato prescelto _____ al fine di ottimizzare la successiva prescrizione protesica.

L'esito di tali prove (esame vocale in campo libero con e senza protesi) dovrà essere poi comunicato al medico prescrittore.

Indicazioni prescrittive orientative:

- VA VO
- Gruppo 1 Gruppo 2
- Monoaurale Binaurale
- Guadagno Medio Dx Sx
- Uscita massima Dx Sx
- Auricolare Dx Sx

Data _____

Lo Specialista ORL

Regione dell'Umbria
Unità Sanitaria Locale n. _____

SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA

PRESCRIZIONE PROTESI ACUSTICHE

COGNOME E NOME _____

PROTESI ACUSTICA: **DX** **SX**
SI NO SI NO

RETROAURICOLARE GRUPPO 1 GRUPPO 2
VIA AEREA Cod. 21.45.06.003 Cod. 21.45.06.009

AD OCCHIALE GRUPPO 1 GRUPPO 2
VIA AEREA Cod. 21.45.09.003 Cod. 21.45.09.009

AD OCCHIALE GRUPPO 1 GRUPPO 2
VIA OSSEA Cod. 21.45.09.006 Cod. 21.45.09.012

A SCATOLA VIA AEREA Cod. 21.45.12.009

ACCESSORI CONSIGLIATI: AGC MICROFONO DIREZIONALE

ALTRO _____

AURICOLARE SU MISURA: **DX** **SX**
SI NO SI NO

DURO MORBIDO
Cod. 21.45.00.103 Cod. 21.45.00.106

EPISTAFFA SECRET-EAR KOKI CHIUSO VENTILATO mm

NOTE _____

Data _____

IL PRESCRITTORE

Regione dell'Umbria
Unità Sanitaria Locale n. _____

SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA – PROTESI ACUSTICHE

Con la presente invito l'audioprotesista _____ ad effettuare con
il/la sig./ra _____ un ulteriore periodo di prova domiciliare della/e protesi per 15-
20 giorni, perché durante le verifiche sono emersi dei problemi _____

La prescrizione sarà subordinata alla risoluzione dei problemi riscontrati.

Data _____

Lo Specialista ORL

Regione dell'Umbria
Unità Sanitaria Locale n. _____

SERVIZIO ASSISTENZA PROTESICA – PROTESI ACUSTICHE

Con la presente informo l'audioprotesista _____ che il piano
terapeutico del/della sig.ra _____ è stato annullato per _____

Data _____

Lo Specialista ORL