

ALLEGATO 2

Risultati dei lavori della Commissione Tecnica Nazionale – Dipartimento Audiologia, V Congresso della Corte di Giustizia Popolare per il Diritto alla Salute, (Rimini 18-20 novembre 2016)

Dipartimento AUDIOLOGIA

Commissione Tecnica Nazionale

La Commissione Tecnica Nazionale del Dipartimento Audiologia si è posta come obiettivo quello di individuare, in condivisione tra tutte le professionalità medico-sanitarie coinvolte nella presa in carico del paziente ipoacusico e rappresentate al tavolo istituzionale, criticità e conseguenti proposte relative al percorso assistenziale attuale con particolare attenzione nei confronti del d.P.C.M. in corso di approvazione presso le Commissioni competenti di Camera e Senato sui nuovi L.E.A.

L'ipoacusia: È la più comune causa di disabilità (10% di tutta la popolazione) e nell'anziano viene definita PRESBIACUSIA. Essa ha carattere permanente essendo legata ad alterazioni neuro-sensoriali non rimediabili con terapie mediche o chirurgiche. La prevalenza della presbiacusia aumenta esponenzialmente con l'età (25% a 65 anni 75% dai 75 fino ad arrivare al 99% per gli ultra novantenni). Essa comporta costi sociali legati alla diagnosi ed alla riabilitazione e costi personali in termini di isolamento e depressione. La presbiacusia pura è legata all'invecchiamento della stria vascolare nella coclea che comporta una minore capacità di trasduzione dei segnali acustici e, dai 70 anni circa, dalla compromissione delle vie acustiche centrali (la componente neurologica dell'udito) che comporta la parte predominante dei disturbi comunicativi degli anziani. La rimediazione dell'ipoacusia ha lo scopo di guidare il paziente verso il recupero delle funzionalità del proprio udito attraverso un complesso percorso clinico personalizzato che prevede una diagnosi clinica, l'applicazione protesica ed il follow - up per i necessari e continui aggiustamenti: l'ipoacusia di solito tende ad aumentare, si presentano patologie intercorrenti, possono presentarsi deficit cognitivi quali Alzheimer, demenza, depressione, ansia e questo inevitabilmente porta a ripetuti controlli clinici ed adattamenti da parte dell'Audioprotesista in una osmosi continua. In questa catena clinico-riabilitativa risulta evidente l'inscindibilità tra dispositivo audioprotesico e l'assistenza clinica specialistica, i servizi e le prestazioni ad essa connessi a garanzia dell'appropriatezza del percorso riabilitativo.

Gli apparecchi acustici: si tratta di dispositivi medici per bisogni complessi. La specificità dell'ipoacusia fa sì che il dispositivo acustico sia individuato, studiato ed adattato per essere destinato esclusivamente al paziente cui è prescritto, attraverso l'allestimento su misura da parte di un Tecnico Audioprotesista abilitato.

Costi sociali: si stima un costo sociale della sordità 400% volte superiore a quello di una sua rimediazione (fonte, Brigdet Shield "Evaluation of the social and economic costs of hearing impairment, 2006). Per questo motivo dal 1978 lo Stato italiano è impegnato a fornire assistenza personalizzata gratuita o parzialmente gratuita ai soggetti ipoacusici aventi diritto.

Criticità d.P.C.M. nuovi L.E.A.: il contenuto della riforma analizzato in sede risulta impattare negativamente sui diritti dei pazienti e sulla qualità delle prestazioni erogate, scardinando i principi base della rimediazione dell'ipoacusia e originando pesanti problematiche assistenziali e difformità cliniche. Le criticità così come espresse da FederAnziani in sintesi riguardano:

- Mancanza di definizione di un iter clinico aggiornato per la fase diagnostica e di verifica che tenga conto di linee-guida validate dalle Società Scientifiche di riferimento e dal reale grado di soddisfazione del paziente
- Liberà di scelta dell'assistito: la salvaguardia della partecipazione dell'assistito nella scelta del percorso assistenziale è messa evidentemente a rischio dalle procedure d'acquisto di cui sopra, che prevedono per natura l'individuazione di un selezionato numero di fornitori e **limitano di conseguenza la scelta dei dispositivi dei professionisti sanitari da parte del paziente**;
- Presa in carico degli attuali assistiti: preso atto dei bisogni dei soggetti beneficiari dell'attuale disciplina, deve essere necessariamente salvaguardata la continuità assistenziale. Gli assistiti oggi tutelati da una rete di oltre un migliaio di strutture accreditate regionalmente **vedrebbero ridotta drasticamente l'offerta assistenziale**, con il rischio di non potersi più avvalere della struttura sanitaria erogatrice della prima fornitura. Questo fenomeno coinvolgerà gli attuali assistiti, di pertinenza SSN, non più a carico del precedente fornitore e nemmeno del nuovo che subentra con gara, **circa un milione di persone**.
- Disomogeneità territoriale: essendo l'assistenza di competenza delle Regioni (Titolo V della Costituzione), le gare d'appalto assumerebbero carattere fortemente locale, **creando disomogeneità nelle condizioni di fornitura e nella qualità dei servizi offerti** da ogni singola ASL.
- Mancata personalizzazione del dispositivo: soluzioni, come l'apparecchio acustico, per bisogni complessi, non possono in alcun modo trovare appropriatezza ed efficacia con modalità di acquisto tramite procedure pubbliche che, per natura, riducono l'offerta professionale, la capillarità del servizio, l'offerta dei dispositivi prescrivibili nonché causano una pericolosa stasi tecnologica per tutta la durata degli appalti;

- Costi aggiuntivi per i pazienti e per lo Stato: non garantendo la necessaria flessibilità nella scelta del dispositivo ed una sua appropriata personalizzazione, **eventuali ricorsi da parte degli aventi diritto od onerosi interventi tecnici per adattare i dispositivi standard acquistati a gara saranno l'unica possibilità, per gli assistiti**, di ottenere l'assistenza adeguata. Inoltre la gestione di una pluralità di gare d'appalto (come descritto al punto precedente, l'assistenza sanitaria erogata su base regionale) rappresenterebbe un ulteriore costo per lo Stato. Tutto questo a danno del contenimento della spesa che ha dato origine a questa proposta Decreto.

Proposte: al fine di rispondere alle criticità che potrebbero evidenziarsi qualora venga approvata la legge summenzionata, la Commissione propone una serie di soluzioni da porre all'attenzione delle istituzioni:

- Libertà di scelta dell'assistito: introduzione di un modello di accreditamento nazionale rigoroso degli standard minimi dei centri acustici con periodiche verifiche
- Presa in carico degli attuali assistiti: inquadramento specialistico orl/audiologo diffuso sul territorio nazionale anche nelle fasi di rinnovo
- Mancata differenziazione dei percorsi per adulti e minori: definizione ed applicazione delle linee guida audiologiche per un percorso condiviso e una reale soddisfazione dei bisogni
- Livelli di accessibilità: spostare il focus della prestazione dal diritto all'effettivo bisogno e utilizzo dell'ausilio (appropriatezza)
- Personalizzazione del dispositivo e aggiornamento della tecnologia: mantenimento dell'attuale modello di erogazione fino alla definizione di procedure condivise dagli attori del processo in un tavolo tecnico permanente

I deficit uditivi non sono tutti uguali, né dal punto di vista quantitativo - la perdita uditiva misurata in dB -, né dal punto di vista qualitativo - valutato routinariamente dal clinico con esami ad hoc che tengono conto anche della capacità di comprensione verbale e degli aspetti cognitivi. Colpendo prevalentemente soggetti in età avanzata e minori e danneggiandone per natura uno dei più importanti organi percettivi e di comunicazione con il mondo esterno, inoltre, l'interdipendenza con altre patologie cognitive - disturbi dell'apprendimento, dislessia, demenza, Alzheimer, declino cognitivo, per citarne alcune - è evidente e dimostrata da numerose ricerche scientifiche. L'elevata comorbidità, quindi, unita all'altissima dinamicità e variabilità nel tempo dei citati quadri audiologico ed extra-audiologico - le condizioni e gli stili di vita del paziente influenzano pesantemente i parametri di rimediazione, sia per i minori sia per gli anziani - richiedono che la presa in carico del Paziente, e di conseguenza l'assistenza audioprotesica, sia permanente ed altamente personalizzata.

Fondamentale è in questo caso, quindi, il concetto di appropriatezza. Questo perché la correzione dell'ipoacusia è un atto medico complesso che ha il suo cardine in una diagnosi corretta da parte di specialisti competenti per patologia, nel confronto con l'Audioprotesista ed in un follow-up clinico - protesico che valuti i cambiamenti che inevitabilmente avvengono. L'ipoacusia di solito tende ad aumentare, si presentano patologie intercorrenti, ecc., e questo inevitabilmente porta a ripetuti controlli e adattamenti da parte dell'Audioprotesista assieme a verifiche cliniche dello specialista. In questa catena clinico-riabilitativa, risulta evidente l'inscindibilità tra dispositivo audioprotesico e l'assistenza clinica specialistica, i servizi e le prestazioni ad essa connessi a garanzia dell'appropriatezza della fornitura.

Inoltre tale presa in carico non può prevedere un unico tipo di protesi che vada bene per tutti ma più prodotti per fascia (da definire): sono oltre un migliaio i dispositivi uditivi registrati al Ministero della Salute (ai sensi della Direttiva 93/42, con la speciale classe di rischio IIa poiché dispositivi dotati di una fonte di energia interna ed inseriti all'interno di un orifizio del corpo umano), le cui combinazioni di circuitazione sono pressoché infinite proprio perché infiniti sono i quadri audiologici dei singoli Pazienti in base ai quali tali dispositivi vengono costruiti, applicati e tarati nel tempo. Una loro selezione ex ante è pertanto totalmente inefficace.

La Commissione Tecnica raccomanda perciò le istituzioni e gli organi governativi e legislativi competenti di rivedere il testo del d.P.C.M. prevedendo un percorso erogativo in linea con quanto previsto dalla scienza audiologica e dalla pratica professionale corrente, con particolare attenzione alla personalizzazione dei dispositivi, condizione imprescindibile per una corretta rimediazione dell'ipoacusia.

Pertanto, in conclusione ed in virtù delle criticità individuate, la Commissione istituisce, a tutela dei pazienti ipoacusici ed in difesa di un percorso sanitario ad oggi virtuoso ed in grado di assistere milioni di soggetti che verrebbe seriamente danneggiato dalla citata riforma, un Tavolo Permanente per la definizione di Linee Guida in tema audiologico che saranno prossimamente pubblicate a cura di Società Italiana di Otorinolaringoiatria e Società Italiana di Audiologia e Foniatria.