



ISSN: 2038-3282

Pubblicato il: luglio 2023

©Tutti i diritti riservati. Tutti gli articoli possono essere riprodotti con l'unica condizione di mettere in evidenza che il testo riprodotto è tratto da www.qtimes.it
Registrazione Tribunale di Frosinone N. 564/09 VG

Assistive technologies for disability. From prosthetic assistance to the promotion of skills and inclusion. What role can the disability manager play?

Le tecnologie assistive per la disabilità. Dall'assistenza protesica alla promozione delle abilità e dell'inclusione. Quale ruolo può svolgere il disability manager?¹

di

Andrea Fiorucci

andrea.fiorucci@unisalento.it

Giuseppe Rossini

rossini.giuseppe@gmail.com

Università del Salento

Abstract:

To date, WHO estimates that more than one billion people need assistive technology, but that only 10% of them have access to it. The article aims to analyze the current model of territorial prosthetic assistance, highlighting all the epistemological-cultural and practical difficulties that the Local Health Authorities and the professionals involved in the process are forced to face. The Disability Manager can better organize the prescriptive process with the aim of improving the user-centred choice of the aid, avoiding its abandonment, controlling its psycho-educational impact on the person's life. The paper highlights the need to think about a shift of focus: from the device for the deficit to the tool to

¹ Il capitolo è frutto del lavoro congiunto degli autori; tuttavia, i paragrafi 1, 3 e 5 sono da attribuirsi ad Andrea Fiorucci, i paragrafi 2 e 4 a Giuseppe Rossini

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV - n. 3, 2023

www.qtimes.it

doi: 10.14668/QTimes_15307

solicit new skills and promotes inclusion; from "aid" to cultural device for the promotion of biopsychosocial well-being.

Keywords: Assistive Technologies; Disabilities, Disability Manager, Inclusion

Abstract:

Ad oggi, l’OMS stima che più di un miliardo di persone abbiano bisogno di una tecnologia assistiva, ma che solo il 10% vi ha accesso. L’articolo ha l’obiettivo di analizzare l’attuale modello dell’assistenza protesica territoriale, mettendone in risalto tutte le difficoltà epistemologico-culturali e quelle pratiche che le Aziende Sanitarie Locali e le figure professionali coinvolte nel processo sono costrette ad affrontare. Una figura come Disability Manager, opportunamente inserito in questo modello organizzativo, per le sue competenze multidisciplinari e trasversali, può organizzare al meglio il processo prescrittivo con l’obiettivo di migliorare la scelta *userd centred* dell’ausilio, evitarne l’abbandono, controllarne il suo impatto psico-educativo nella vita della persona. Il contributo evidenzia la necessità di ragionare su uno spostamento di focus: dal dispositivo *per* il deficit allo strumento per sollecitare nuove abilità e promuove l’inclusione; da “ausilio” a dispositivo culturale di promozione del benessere biopsicosociale, secondo la prospettiva ICF (OMS, 2001).

Parole chiave: tecnologie assistive; Disabilità, Disability Manager, Inclusione

1. Le tecnologie assistive secondo il Nomenclatore Tariffario

Le tecnologie assistive (TA) possono essere rubricate all’interno dell’ampia area degli strumenti orientati a surrogare i deficit inerenti alle strutture e alle funzioni corporee e le problematiche di partecipazione derivanti dalla parziale o dalla totale inaccessibilità dei servizi e dei contesti sociali. Le TA rientrano tra i diritti fondamentali sanciti dalla *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*, emanata a New York il 13.12.2006 e ratificata dall’Italia con la Legge n. 18/2009.

In letteratura, il termine TA è usato per includere, tra le altre, applicazioni telemediche (Goldstein et al., 2014), robotica (Bäcckman & Bergkvist, 2019), realtà virtuale (Maggio et al., 2019) e sensori (Rantz et al., 2017), ma anche per richiamare strumenti più convenzionali, come gli apparecchi acustici o visivi (Bray et al., 2017). La mancanza di una definizione uniforme e la conseguente eterogeneità precludono raccomandazioni, orientamenti e ricerche strutturate armonizzate (Cowan & Turner-Smith, 1999).

Richiamando l’ICF (OMS, 2001) e la prospettiva biopsicosociale che tale classificazione sollecita, nella quale il focus si sposta dal deficit al funzionamento della persona e all’indissolubile interazione dinamica tra le condizioni di salute e i fattori contestuali, le TA rientrano nel novero delle variabili ambientali. Il loro efficace e adeguato coinvolgimento può impattare positivamente sul funzionamento della persona con disabilità, affrancandola dalla “disabilitazione sociale e strutturale” determinata da un contesto di vita inaccessibile o generalmente orientato verso una prospettiva partecipativa abilista. Alla base dell’abilismo vi è un’idea comparativa di abilità: un processo culturale che mette in un dialogo impari la *normalità* (efficiente, sana, produttiva) con l’*a-normalità* (non efficiente, guasta, improduttiva) (Fiorucci, 2022). Il corpo perfetto, idealizzato, sano, standard, conforme alle richieste sociali produttive “dotato di abilità fisica, sensoriale e cognitiva assurge a criterio valutativo

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV - n. 3, 2023

www.qtimes.it

doi: 10.14668/QTimes_15307

di tutti i corpi e diventa un ideale capace di imporsi come universale e naturale” (Bellacicco et al., 2022, p. 11).

In accordo con la prospettiva ICF (2001), più che sull’individuo e sulla disabilità, è necessario pertanto spostare l’attenzione sui due soggetti del rapporto, cioè “l’individuo” e “l’ambiente” (Angeloni, 2011). In questa interazione, le tecnologie giocano un ruolo considerevole.

Le TA sono numerose e decisamente diversificate tra loro: varia il grado di conoscenza sociale (alcune sono molto note, come gli occhiali da lettura, deambulatori e apparecchi acustici, etc.), la tipologia (digitale o analogica), la funzione (generale o speciale), il target di fruitori (una vasta pletora di persone con bisogni speciali), il costo, la reperibilità e così via. In aggiunta, negli ultimi anni, le TA sono state energicamente contaminate dalla diffusione di Internet e dall’espansione di strumenti digitali, facendo sì che anche i più consueti tools, resi accessibili, potessero esercitare funzioni assistive (Besio, 2019).

La vasta area degli strumenti assistivi è rilevabile con maggiore dettaglio attraverso la classificazione internazionale delle tecnologie assistive ISO 9999:2022 e del Nomenclatore Tariffario delle protesi e degli ausili (DPCM 12/01/2017), il documento emanato dal Ministero della Salute che stabilisce la tipologia e le modalità di fornitura di protesi e ausili a carico del Servizio Sanitario Nazionale.

Il Nomenclatore Tariffario ha lo scopo di stabilire quali siano le protesi, le ortesi e gli ausili tecnologici che il Servizio Sanitario Nazionale può prescrivere, le persone che ne hanno diritto, la procedura e l’iter da seguire, un tariffario dei singoli articoli, i tempi di erogazione ed i tempi minimi per un eventuale rinnovo.

In esso, i dispositivi erogabili sono articolati in due aree (elenchi dell’allegato 5).

- *Protesi e ortesi costruite o allestite su misura* da un professionista abilitato all’esercizio della specifica professione sanitaria o arte sanitaria ausiliaria, gli aggiuntivi e le prestazioni di manutenzione, riparazione, adattamento o sostituzione di componenti di ciascuna protesi o ortesi (es. ortesi per arti, protesi per arti, protesi oculari su misura, occhiali, ecc.).
- *Ausili tecnologici di fabbricazione continua o di serie*, ulteriormente suddivisi in: ausili che richiedono l’intervento di un professionista sanitario abilitato (es. busti, calzature ortopediche, moduli posturali per carrozzine) e ausili che non richiedono l’intervento di un professionista sanitario abilitato (es. misuratore di pressione, bastoni per la deambulazione, software per la CAA, screen reader, ecc.).

Nel Nomenclatore Tariffario, ogni protesi, ortesi o ausilio viene catalogato con un codice di riferimento composto da un codice classe, un codice sottoclasse, un codice divisione ed un codice di specificità.

Questa codifica, seppur simile, non è sovrapponibile alla codifica ISO 9999:2022, che è riconosciuta a livello mondiale come classificazione universale delle tecnologie assistive.

Il Nomenclatore Tariffario definisce i destinatari delle prestazioni dell’assistenza protesica, l’applicazione della cessione in proprietà all’assistito o in comodato e regola i tempi minimi di rinnovo per le nuove prescrizioni, così come stabilisce quale sia il processo di erogazione dell’assistenza protesica (allegato 12).

Le fasi con cui si articola la procedura di erogazione sono: formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale, prescrizione, autorizzazione, erogazione, collaudo, follow up.

In particolare, il piano riabilitativo-assistenziale individuale è redatto dal medico specialista in collaborazione con l'equipe multidisciplinare in base all'esigenze espresse dall'assistito e deve indicare: la diagnosi funzionale delle specifiche problematiche e/o disabilità, una descrizione del programma di trattamento con indicazione degli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito a medio o lungo termine, la tipologia del dispositivo e gli eventuali adattamenti, i modi e i tempi d'uso del dispositivo, le possibili controindicazioni ed i limiti di utilizzo, l'indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi dall'equipe e dall'assistito.

La prescrizione deve essere coerente con il piano riabilitativo-assistenziale individuale e compatibile con le caratteristiche del suo ambiente di vita e con le esigenze di tutti i soggetti coinvolti.

2. Nomenclatore Tariffario e sistema prescrittivo degli ausili: alcune criticità

Sulla base dell'analisi effettuata sul DPCM 12/01/2017, che aggiorna e rinnova il Nomenclatore Tariffario e dei relativi allegati, è possibile evidenziare alcuni punti di criticità.

- *Il tariffario.* L'associazione Luca Coscioni, tra le prime a segnalare alcune problematiche sull'attuale normativa (Luca Coscioni Associazione di promozione sociale, 2017), denuncia la mancanza di un elenco di dispositivi realmente accreditati con riferimenti precisi alla marca, al modello e al relativo prezzo di mercato. Inoltre, alcuni ausili devono essere forniti secondo un tariffario che al momento non è stato definito. Ne consegue, che al momento le ASL sono costrette a prescrivere TA, seguendo ed attuando la precedente normativa².
- *Il prescrittore specialista.* Una delle figure principali del processo prescrittivo, come si è potuto constatare in precedenza, è il medico specialista, denominato prescrittore. È sua competenza valutare le capacità dell'assistito, riconoscere e comprendere le necessità, integrarle all'interno della sua vita sociale e familiare, individuare l'ausilio corretto e tutti gli altri elementi necessari alla formulazione del piano riabilitativo. Il primo aspetto su cui è possibile soffermarsi è che non è sempre ben definito e chiaro "chi prescrive cosa" e in base a quale competenza. Secondo la normativa, il prescrittore è "il medico specialista in possesso di specifiche competenze per la prescrizione di protesi, ortesi e ausili tecnologici" e lascia intendere che debba essere competente per la tipologia di deficit o disabilità per cui viene prescritto l'ausilio; inoltre viene richiamata la presenza di un'equipe multidisciplinare, composta da più figure professionali, che possano lavorare, ognuno per le sue competenze, nella redazione di un piano riabilitativo più esaustivo ed efficiente al fine di assegnare il giusto prodotto assistivo. Questo, purtroppo, non avviene e, se per la prescrizione di ausili su misura (elenco 1), risulta più facile associare le TA allo specialista di riferimento, per l'area 2 tale affiancamento non è per nulla scontato. Il medico specialista, per questi motivi, deve essere sostenuto e guidato nella fase prescrittiva; deve possedere solide competenze relative all'uso delle TA e alla verifica della loro pertinenza ed efficacia. Una TA non può essere acriticamente prescritta sulla base dell'identificazione del deficit: le persone con disabilità e i contesti di vita variano. Per questi motivi, può risultare utile che il medico prescrittore sia affiancato da uno specialista di tecnologie assistive che possa aiutare il clinico nella valutazione dell'ausilio, nella personalizzazione e nella verifica dei benefici durante la fase di follow-up. La standardizzazione

² D.M. 332/99 del 27 agosto 1999.

dei prodotti attraverso categorie definite per macroaree non è la scelta che aiuta a ridurre i costi; è molto più importante tenere presente che una personalizzazione in base alle richieste e necessità del beneficiario permette realmente di contenere il fenomeno dell'abbandono e quindi il contenimento della spesa sociale. Per questi motivi, così come è stato fatto in alcune Regioni, si rende necessario un albo regionale di prescrittori che non riguardi solo il medico specialista della disabilità, ma che comprenda altre figure professionali impegnate nel lavoro di cura TA *based*.

- *L'equipe multidisciplinare*. Lo sguardo biopsicosociale sollecitato dalla prospettiva ICF (OMS, 2001), che dovrebbe concretizzarsi in una valutazione sistemica ed ecologica delle TA agita da un'equipe multidisciplinare, fatica a propagarsi. Professionisti della cura quali psicologi, assistenti sociali, pedagogisti, educatori che potrebbero assumere un ruolo importante nella stesura ed attuazione del piano riabilitativo, invece, sono enormemente sottovalutati. L'equipe multidisciplinare disposta dal DPCM, di fatto, viene convocata raramente e solo per particolari dispositivi. Questo fa sì che diverse TA richiamate nel nomenclatore, decisamente impattanti sulla quotidianità di una persona con disabilità, vengano assegnate senza operare una valutazione globale della persona, dei suoi bisogni e dei suoi contesti di vita. Ad esempio, l'ausilio assistivo, in molti casi, è uno strumento di supporto ad uso non del tutto esclusivo della persona con disabilità, poiché esso viene sovente utilizzato anche dai caregiver formali e informali, spesso estromessi dal processo decisionale (Mortenson et al., 2018). Purtroppo, una prescrizione poco mirata e rispondente ai bisogni sociali e di cura delle TA ne determina abbandono e/o mancato utilizzo.
- *Il piano riabilitativo assistenziale individuale* è l'intelaiatura su cui regge la prescrizione delle TA. È il piano riabilitativo a legittimare la presenza di un ausilio assistivo, a determinarne la prescrizione e a predisporre un piano di valutazione della sua efficacia e dei suoi benefici. Prodotti assistivi tecnologici per la deambulazione, per la comunicazione e per l'accesso all'informazioni richiedono competenze specifiche che lo specialista non sempre possiede, con la conseguenza che nella redazione del piano riabilitativo i punti c) “la descrizione del programma di trattamento con l'indicazione degli esiti attesi dall'equipe e dall'assistito in relazione all'utilizzo della protesi, ortesi o ausilio a medio e a lungo termine”; e) “i modi e i tempi d'uso del dispositivo, l'eventuale necessità di aiuto o supervisione nell'impiego, le possibili controindicazioni ed i limiti di utilizzo ai fini della risposta funzionale”; e f) “l'indicazione delle modalità di follow-up del programma e di verifica degli esiti ottenuti rispetto a quelli attesi dall'equipe e dall'assistito”, indicati come elementi fondamentali dall'allegato 12 del D.P.C.M., non vengono riportati (fig. 1 e 2). Inoltre, il piano riabilitativo viene ancora redatto sulla base della classificazione ICD-10 (*International Classification of Diseases*), che diagnostica esclusivamente la malattia e il deficit della persona e ne attribuisce un codice. Purtroppo, una diagnosi che si limita a constatare la malattia o la menomazione come causa di uno stato di disabilità e non tenga conto del funzionamento e capacità della persona e della partecipazione che ha con l'ambiente, la società e tutto ciò che lo circonda, rischia di produrre un intervento non focalizzato, con obiettivi generici e per nulla individualizzati. La prospettiva ecologico-sistemica del funzionamento umano che ha introdotto l'ICF è, di fatto, quasi del

tutto inapplicata. Invece, l'adozione dell'ICF nei servizi sociosanitari favorirebbe interventi in grado di migliorare la qualità della vita delle persone, fornendo una base scientifica per la comprensione e lo studio della salute, delle condizioni, delle conseguenze e delle cause determinanti ad essa correlate (Sagliaschi, 2010). L'ICF è altresì utile per determinare e guidare la procedura per l'assegnazione protesica, poiché essa qualifica gli aspetti relativi all'impatto che un ausilio, in qualità di facilitatore o barriera, può avere sulla persona e sull'ambiente. La valutazione degli obiettivi su base ICF sarebbe più puntuale e precisa ed il follow-up avrebbe, così, un'applicazione concreta con una ricaduta positiva sull'abbandono e nella valutazione dei tempi minimi di rinnovo. Esistono diversi strumenti che, correlati all'ICF, permettono di misurare il corretto abbinamento tra persona con disabilità ed ausilio: sicuramente il più apprezzato e trattato dalla letteratura è il *Matching Person & Technology* (MPT) (Corradi, Scherrer, & Lo Presti, 2013).

2) **PIANO RIABILITATIVO**
(a norma Art. 4 e 5 del D.M. 28-12-1997)

SPAZIO RISERVATO ALLO SPECIALISTA ASL CHE PRESCRIVE

A) Diagnosi circostanziata:
~~Disturbo della vista ad alto livello 3 con compromissione litostatica e cognitiva associate~~

B) Programma terapeutico (tempi d'impiego, controlli, variazioni, controindicazioni, significato riabilitativo fisico o psichico, ecc):

C) Prescrizione dettagliata della protesi:
 Comodatore per il simbolo
 DINAMICO
 codice 22.21.09.033

Cod. 22.21.09.033 Cod. Cod.
 Cod. Cod. Cod.

IL MEDICO PRESCRIVENTE DELL'ASL.
(timbro e firma)

Data 23-11-2022

2) **PIANO RIABILITATIVO**
(a norma Art. 1 e 2 del D.M. 27/08/99 n. 332)

A) Diagnosi circostanziata:
 ALBISMO OCULO CUTANEO

B) Programma terapeutico (tempi d'impiego, controlli, variazioni, controindicazioni, significato riabilitativo fisico o psichico, ecc):

C) Prescrizione dettagliata della protesi:
 SISTEMA O.C.R. (Macchine di LETTURA) Cod ISO 22.30.21.006
 LETTORE di SCHERHO (SCREEN READER) Cod ISO 22.38.12.003
 SOFTWARE per INGRANDIMENTO Cod. ISO. 22.03.18.015

VISTO DI CONVALIDA (Timbro e firma) IL MEDICO PRESCRIVENTE (Timbro e firma)

Data 20/12/22

Figura 1 e 2. Esempi di compilazione di Piani Riabilitativi

3. Quali possibili interventi? Il ruolo del *Disability manager*

Il *Disability management* è una pratica di gestione politico-amministrativa in uso nei paesi Nordamericani dagli anni '80 finalizzata a promuovere il benessere e la salute, per gestire in modo efficace i lavoratori in situazioni di disagio e favorire la creazione di un ambiente inclusivo per le persone con

disabilità (Girelli & Ribul-Moro, 2019). Essa si configura quale strategia proattiva nel riconoscere e affrontare i fattori strategici che possono facilitare l'accesso al lavoro e ai diversi contesti e servizi sociali di persone con disabilità (Mattana, 2016), progettando in anticipo politiche e procedure adeguate, al di là di una semplice e riduttiva risposta al problema di un singolo caso.

La figura del *Disability Manager*, ossia del professionista delle politiche socio-lavorative a favore delle persone con disabilità, in Italia, è descritta all'interno del *Jobs Act* (D.lgs. 151/2015). Nel 2016, nel corso della *Quinta Conferenza Nazionale sulle Politiche della Disabilità*, è stato introdotto un programma d'azione per la tutela dei diritti e l'inclusione delle persone con disabilità, richiamando specificatamente l'individuazione di figure professionali che potessero agevolare l'inserimento occupazionale e sociale delle persone con disabilità. In realtà, i prodromi di tale figura possono essere rintracciati nel 2013 nel *Primo Programma di azione biennale per la promozione dei diritti e l'integrazione delle persone con disabilità*, approvato dal Ministero del Lavoro e delle Politiche Sociali (MLPS), con il quale si consiglia ai contesti aziendali di prevedere per i lavoratori con disabilità progetti personalizzati e interventi ad hoc gestiti da specifiche figure, tra cui quella del disability manager.

La Legge Delega in materia di disabilità (Legge 227/2021), infine, richiama il *Disability Manager* all'articolo 2, obbligando le Pubbliche Amministrazioni con più di 200 dipendenti a far ricorso a tale figura. La norma, inoltre, esamina anche l'operatività di questo professionista, che non è più solamente responsabile dell'inserimento lavorativo delle persone con disabilità in azienda, ma diventa il mediatore che deve garantire che i contesti sociali e di lavoro siano accessibili, anche per il tramite di forme di accomodamento ragionevole richiamate dalla *Convenzione ONU sui diritti delle persone con disabilità*.

Il *Disability Manager*, pertanto, può essere considerato un esperto di accessibilità, delle politiche, dei servizi e dei processi inclusivi, con il compito di costruire soluzioni che sostengano l'autonomia della persona con disabilità nelle diverse sfere della vita quotidiana: un animatore di reti di welfare, anche di prossimità, di servizi, di soluzioni rispondenti ai bisogni della persona con disabilità. Il suo lavoro si colloca all'interno di una politica attiva finalizzata a favorire l'accessibilità urbanistica e dei trasporti, il coordinamento sociosanitario, l'inclusione sociale, quella lavorativa e il turismo, mediante il superamento dei confini dei servizi e la valorizzazione delle professionalità esistenti sul territorio. In buona sostanza, il *Disability Manager* opera affinché tutti gli attori istituzionali, quando pianificano, decidono e agiscono, considerino l'effetto che il loro operato avrà sulla quotidianità delle persone con disabilità. Oltre alla funzione di controllo, tale figura dovrebbe operare fattivamente sui servizi che interessano la disabilità, offrendo suggerimenti e possibili linee di intervento che concretizzino la prospettiva inclusiva, anche secondo un'ottica pedagogico-speciale (si veda il volume collettaneo curato da Amatori, 2020).

Nonostante la figura del *Disability Manager* sia perlopiù orientata al sostegno delle politiche di inserimento e gestione del lavoro, con una conseguente riflessione mirata a questo specifico contesto sociale (Friso, 2018; Friso e Scollo, 2018; Amatori e De Giorgi, 2020; Sacchi, 2023), in vista della formazione richiesta e delle auspicabili competenze trasversali (Besio e Sacchi, 2020), ci sembra utile poter inserire tale professionalità all'interno del processo prescrittivo sull'assistenza protesica. Tale figura, infatti, rappresenterebbe una risorsa perché, grazie alle sue competenze trasversali,

rielaborerebbe il processo di individuazione attribuzione delle TA, rendendolo più organico ed uniforme su tutto il territorio e rappresenterebbe il punto di incontro tra le istituzioni, il personale medico, le persone con disabilità e tutti gli stakeholders coinvolti nell'applicazione del D.P.C.M del 12 gennaio 2017.

4. Il Disability manager, promotore di una cultura dell'accessibilità e dell'inclusione

Uno sguardo aperto, attento e consapevole su tutte le tematiche che vengono affrontate nel processo prescrittivo aiuterebbe, infatti, a superare alcune importanti barriere create da una serie di pregiudizi che la categorizzazione sociale ha prodotto in questi anni e che l'operato socioculturale del Disability manager dovrebbe smantellare.

Secondo le rilevazioni effettuate da *Vox Diritti, Osservatorio Italiano sui Diritti* (Vox Diritti - Mappa dell'intolleranza n. 7, 2023), in collaborazione con l'Università Statale di Milano, l'Università di Bari Aldo Moro, Sapienza – Università di Roma e IT'STIME dell'Università Cattolica di Milano, nell'ultima mappa dell'intolleranza, il numero dei tweet negativi verso le persone con disabilità è stato del 33,95%, posizione seconda dopo l'intolleranza verso le Donne 43,21%; un trend che negli ultimi anni misura un forte aumento (dal 16,43% del 2021 al 10,99% del 2019 ad eccezione del 2020 in cui si era registrato 1,95%).

Un'analisi attenta degli stereotipi sociali, coinvolti nel processo prescrittivo, può permettere di superare le conseguenze di attribuzione che esso genera attraverso:

- 1) un'ambiguità attributiva (“*mi hanno assegnato quell'ausilio perché mi è effettivamente utile o solo perché ho quella disabilità?*”). Prescrivere un bastone per l'orientamento ad un disabile visivo può essere considerato un atto d'ufficio oppure se ne deve effettivamente valutare la sua funzionalità?
- 2) la minaccia di una valutazione scorretta che genera ansia da prestazione sulle categorie coinvolte nella prescrizione (il funzionario amministrativo non autorizza una prescrizione perché teme una valutazione della performance negativa se non rispetta i tetti di spesa imposti, oppure lo specialista non prescrive un ausilio nel dubbio che questo sia effettivamente efficace per l'assistito).

Il *Disability Manager* ha il compito di coordinare tutti gli attori del processo prescrittivo per poter avviare una nuova fase di inte(g)razione tra le parti, che conduca ad una destrutturazione degli stereotipi, è fondamentale per avviare una visione più complessa della società e per il superamento delle paure che sono alla base della nascita e definizione dei pregiudizi.

Per avviare questa fase di inte(g)razione, non basta solo diffondere informazioni di carattere generale, ma è necessario che vi sia una figura esperta che orienti il processo di assegnazione di tecnologie per l'assistenza e l'autonomia secondo tre principi:

- *Benessere*. La tecnologia assistiva per sua definizione è un prodotto rivolto a migliorare le condizioni di vita di una persona con disabilità. Se l'ausilio genera frustrazione, ansia e malessere vuol dire che non è stato individuato il giusto prodotto rispetto alle richieste, capacità e funzionalità dell'assistito. Il benessere che una tecnologia assistiva può generare, sicuramente diventa il volano per una vita migliore, per una interazione proattiva con l'ambiente circostante e la società, per una maggiore consapevolezza di sé e delle proprie capacità.

©Anicia Editore

QTimes – webmagazine

Anno XV - n. 3, 2023

www.qtimes.it

doi: 10.14668/QTimes_15307

- *Sostenibilità*. L'obiettivo di mantenere in ordine i conti pubblici del SSR, non deve essere una priorità solo politica-amministrativa, ma deve coinvolgere tutti gli stakeholders del processo prescrittivo. Un taglio lineare della spesa non è la soluzione più corretta al problema, perché si tende a sottostimare il costo sociale aggiuntivo che la tecnologia offre. In uno studio condotto da Andrich e Caracciolo (2007) su una casistica di persone con disabilità grave, viene evidenziato come il costo sociale complessivo (il costo sociale dell'intervento meno il costo sociale che si sarebbe dovuto sostenere in assenza dell'intervento, vale a dire i costi umani), diminuisce notevolmente negli anni quando si utilizzano le giuste tecnologie assistive che di fatto aumentano l'autonomia e riducono la spesa assistenziale. Tutto deve essere valutato in relazione alla qualità della vita della persona e dei suoi familiari. La sostenibilità economica si raggiunge anche riducendo sensibilmente il fenomeno dell'abbandono delle tecnologie assistive.
- *Equità*. È necessaria un'applicazione equa della norma su tutto il territorio regionale e nazionale. Ad oggi si riscontrano disparità di trattamento tra le diverse ASL presenti nel medesimo territorio regionale con applicazioni di tariffe non omogenee, con prescrizioni di uno stesso dispositivo accordate da figure specialistiche diverse e nei casi più gravi con la concessione di un prodotto assistivo solo in alcuni distretti. Questa difformità nell'applicazione del D.P.C.M crea tanta confusione, aumenta il pregiudizio e produce un disservizio non accettabile.

5. Disability Manager, una figura di coordinamento e di reindirizzamento delle azioni politico-culturali a sostegno dell'inclusione

Come è reso evidente dal ragionamento sinora esposto, ciò che diventa preminente non è la tecnologia assistiva in sé, quanto, invece, l'individuazione delle sue caratteristiche e delle sue funzioni (supportare l'apprendimento e l'esercizio di abilità, la comunicazione e la gestione delle informazioni, la gestione del tempo libero, etc.), l'identificazione dei bisogni a cui essa intende offrire una risposta di autonomia e di sviluppo. Questo spostamento di focus, dalle tecnologie speciali alle funzioni e alle caratteristiche utili per rispondere ai bisogni di vita (di autonomia, di comunicazione, di apprendimento, di interazione, etc.) non è privo di implicazioni.

Secondo lo *Human Activity Technology Model (HAAT)* (Cook e Hussey, 1995; Cook e Polgar, 2012), il principale obiettivo di una TA è quello di permettere ad una persona con disabilità di svolgere una determinata attività, in un determinato momento all'interno di uno specifico contesto. Pertanto, attività, TA e contesto sono i tre elementi costitutivi da triangolare nel dialogo con la persona. Le TA devono corrispondere alle esigenze delle persone a cui sono destinate, adattarsi alle caratteristiche e abilità dell'individuo, collegate all'attività e al contesto in cui agisce (Monteriù, 2019). In linea con il modello *Matching Person & Technology* (Scherer, 1998), che si basa sulla scelta della tecnologia *user centered*, anche i supporti assistivi dovrebbero pertanto essere individuati in base alle caratteristiche e ai bisogni, al livello individuale di apprendimento, alle abilità e ai bisogni espressi dalla persona con disabilità, nonché in base agli obiettivi definiti nel piano riabilitativo assistenziale individuale e secondo le istanze sollecitate dalla prospettiva biopsicosociale ICF (Emili e Pascoletti, 2021), in funzione della quale, inoltre, dovrebbe essere strutturato anche un piano di *Assistive*

Technology Assessment (ATA). È importante, infatti, sostituire all'automatica prescrizione medica dell'ausilio o alla consequenziale associazione deficit-tecnologia una sistematica valutazione dell'impatto e dell'apporto del mezzo tecnologico sulla vita quotidiana della persona con disabilità. Questo perché non è sempre vero che uno strumento tecnologico possa realmente servire o sostenere una persona con una specifica disabilità. Le tecnologie, è bene ribadirlo, non hanno un valore facilitante intrinseco. L'essere qualificato come strumento ostacolo-barriera non va letto solo in termini di limitazione – ad esempio, qualcosa che impedisce o limita un'attività – ma anche in termini di inutilità, di eccessiva facilità o ingerenza, di ipercompensazione o sostituzione, di stigmatizzazione o di generico respingimento psicologico (Pinnelli & Fiorucci, 2019).

Un'ulteriore implicazione da considerare è che le tecnologie non sono solo “ausili” che soddisfano bisogni (assistenziali), ma, richiamando Vygotskij (1934), sono mediatori che sollecitano lo sviluppo di nuove abilità. Pertanto, il rapporto tra deficit e tecnologie dovrebbe comportare un'attivazione di un processo circolare capace di affiancare alla logica protesistico-medica della “prescrizione” di un *ausilio* tecnologico (la tecnologia che *aiuta*, *supporta* e che *supplisce* il deficit) una logica che intraveda nel medium tecnologico un dispositivo soprattutto culturale capace di sovvertire la visione privativa e assistenzialistica, che spesso occulta il potenziale delle persone con disabilità. Significa, cioè, riconoscere alle tecnologie sia il ruolo di mediatore ambientale (facilitatore e/o barriera), che sostiene la persona con deficit, sia quello di attivatore, di stimolatore di inedite e di impensate abilità. Non solo strumenti che rispondono ad un bisogno speciale e assistenziale, ma anche strumenti capaci di intercettare e di elicitare nuovi bisogni

In aggiunta, occorre comprendere i pericoli insiti nella retorica dell'innovazione tecnologica. La pletera di strumenti assistivi, hardware e software, si estende con grande velocità, anche in vista della crescente attenzione politica ed educativa verso i diversi bisogni di fruizione e di assistenza. Allo stesso tempo, però, occorre evidenziarlo, tutte le tecnologie sono soggette ad un ineluttabile e celere processo di deterioramento culturale che, di fatto, le rende rapidamente inadeguate, obsolescenti e molto spesso inutilizzabili (Calvani, 2009). Ciò che invece rimane indissolubile è l'idea su cui si basa quel dispositivo-strumento, la sua funzione, così come rimane insurrogabile l'apporto della mediazione umana e, in questo specifico caso, quella che può e deve operare il *Disability Manager*, una figura di coordinamento e di reindirizzamento delle azioni politico-culturali a sostegno dell'inclusione e della partecipazione sociale. È qui che si potrebbe collocare la vera innovazione.

Riferimenti bibliografici:

- Amatori G. (a cura di) (2020). *Disability management e pedagogia speciale: Nodi concettuali e declinazioni professionali*. Lecce: Pensa Multimedia.
- Amatori, G., & De Giorgi, G. (2020). Disability and Diversity Management: nodi critici e prospettive formative. *Italian Journal of Special Education for Inclusion*, 8(1), 111-124.
- Andrich, R., & Caracciolo, A. (2007). *Analysing the cost of individual assistive technology programmes*. Londra: Taylor & Francis Online.
- Angeloni S. (2011). *Il Disability management integrato: un'analisi interdisciplinare per la valorizzazione delle persone con disabilità*. Roma: Rirea editore.

- Bäcckman C, Bergkvist L. (2019). Welfare technology and user experience: a study of seniors' expectations on and first impressions of a robotic shower. *52nd Hawaii International Conference on System Science*; January 8-11, 2019; Grand Wailea, Hawaii.
- Bellacicco R., Dell'Anna S., Micalizzi E., & Parisi T. (2022a). *Nulla su di noi senza di noi. Una ricerca empirica sull'abilismo in Italia*. Milano: FrancoAngeli.
- Besio, S. & Sacchi, F. (2020). Le proposte formative universitarie italiane per una figura professionale in costruzione: il Disability Manager. In G. Amatori, (a cura di) (2020). *Disability management e pedagogia speciale: Nodi concettuali e declinazioni professionali* (pp. 153-172). Lecce: PensaMultimedia.
- Besio, S. (2019). Innovazione tecnologica e modelli di disabilità. In L. d'Alonzo (Ed.), *Dizionario di pedagogia speciale* (pp. 356-364). Brescia: Scholé.
- Calvani, A. (2009). L'introduzione delle ICT nella scuola. Quale razionale? Un quadro di riferimento per una politica tecnologica. *TD-Tecnologie Didattiche*, 48, 9-14.
- Cook, A.M. & Hussey, S. (1995), *Assistive technologies. Principles and practice*. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Cook, A.M., & Polgar J.M. (2012). *Assistive technologies: Principles and Practice*: Fourth edition. St. Louis, Missouri: Mosby.
- Corradi, F., Scherer, M., & Lo Presti, A. (2013). *Misurare l'abbinamento delle tecnologie assistive. In Manuale di valutazione delle tecnologie assistive* (pp. 49-67). Italia: Pearson Italia.
- Cowan, D.M. & Turner-Smith, A.R. (1999). *The user's perspective on the provision of electronic assistive technology: equipped for life? The British Journal of Occupational Therapy (BJOT)*.
- Emili, E.A. & Pascoletti, S. (2021). *Tecnologie e nuovo PEI. Facilitatori e strumenti nel piano educativo individualizzato*. Roma: Anicia.
- Federici, S. (2014). *Prima di farlo udire, ascoltalo: l'abbandono delle protesi acustiche in Italia. I luoghi della cura* (pp. 22-25) Milano: Network Non Autosufficienza.
- Fiorucci A. (2022). Handifobia, una parola che fa paura...Riflessioni intorno al timore sociale della disabilità e del corpo in/dis-abile. *MeTis. Mondi educativi. Temi, indagini, suggestioni* 12(2), pp. 297-315.
- Friso, V. & Scollo, S. (2018). Il Disability Manager e le competenze di tutoring, a sostegno dell'inclusione lavorativa. *Rivista Formazione, Lavoro, Persona*, 25, pp. 107-116.
- Friso, V. (2018). Disability Management. *Studium Educationis*, 3, pp. 125-128.
- Goldstein, C.M., Gathright, E.C., Dolansky, M.A., Gunstad, J., Sterns, A., Redle, J.D., Josephson, R. & Hughes, J.W. (2014). *Randomized controlled feasibility trial of two telemedicine medication reminder systems for older adults with heart failure. Journal of Telemedicine and Telecare*, 20(6), 293-299.
- Luca Coscioni Associazione di promozione sociale. (2017). Diritti delle persone con disabilità - Nomenclatore Tariffario. *Tratto da Associazione Luca Coscioni*: <https://www.associazionelucacoscioni.it/cosa-facciamo/diritti-dei-disabili/nomenclatore-tariffario>
- Maggio, M.G., Latella, D., Maresca, G., Sciarrone, F., Manuli, A., Naro, A., De Luca, R. & Calabrò, R.S. (2019). Virtual reality and cognitive rehabilitation in people with stroke: an overview, *Journal Neuroscience Nursing*, 51(2), 101-105.

- Mattana, V. (2016). Il Disability Management in Italia: una rassegna degli studi basati sull'evidenza, *Impresa Progetto, Eletronic Journal of Management*, 1.
- Mortenson, W.B, Pysklywec, A., Fuhrer, M.J, Jutai, J.W, Plante, M. & Demers, L. (2018). Caregivers' experiences with the selection and use of assistive technology. *Disabil Rehabil Assist Technol*, 13(6), 562–567.
- OMS. Organizzazione Mondiale della Sanità (2001). *ICF Classificazione Internazionale del Funzionamento, della Disabilità e della Salute*. Trento: Erickson.
- OMS. Organizzazione Mondiale della Sanità (2016). *Classificazione Statistica Internazionale delle Malattie e dei Problemi Sanitari Correlati - 3 volumi*. Ginevra: World Health Organization.
- ONU. Organizzazione delle Nazioni Unite (2006). *Convention on the rights of persons with disabilities*. New York (NY): UN General Assembly.
- ONU. Organizzazione delle Nazioni Unite - Agenda 2030. (2015). Obiettivi per lo sviluppo sostenibile. *Tratto da Centro Regionale di Informazioni della Nazioni Unite*: <https://unric.org/it/agenda-2030/>
- Pinnelli, S., & Fiorucci, A. (2019). Le tecnologie nei processi di integrazione e di inclusione. Sviluppi e opportunità per la pedagogia e la didattica speciale. In R. Caldin e S. Besio (a cura di). *La pedagogia speciale in dialogo con altre discipline. Intersezioni, ibridazioni e alfabeti possibili*. Milano: Guerini.
- Rantz, M., Phillips, L.J., Galambos, C., Lane, K., Alexander, G.L., Despins, L., Koopman, R.J., Skubic, M., Hicks, L., Miller, S., Craver, A., Harris, B.H. & Deroche, C.B. (2017). Randomized trial of intelligent sensor system for early illness alerts in senior housing. *Journal of Post-Acute and Long-Term Care Medicine*, 18(10), 860–870.
- Sacchi, F. (2023). *Disabilità al lavoro. Il responsabile per l'inserimento lavorativo delle persone con disabilità*. Roma: Edizioni Studium.
- Sagliaschi, S. (2010). L'ICF nei servizi socio-sanitari italiani. *L'integrazione scolastica e sociale*, 9(5), 509-515.
- Scherer, M. (2003). Strumento MPT (Matching Person and Technology) - versione italiana. *Tratto da Portale SIVA*: <https://portale.siva.it/it-IT/databases/libraries/detail/id-105>
- Scherer, M.J. (1998). *The Matching Person & Technology (MPT) model manual*. Webster, NY: The Institute for Matching Person & Technology, Inc.
- Vox Diritti - Mappa dell'intolleranza n. 7. (2023). La nuova Mappa dell'Intolleranza 7 - Gennaio/Ottobre 2022. *Tratto da VOX Osservatorio Italiano sui Diritti*: <http://www.voxdiritti.it/la-nuova-mappa-dellintolleranza-7/>
- Vygotskij, L.S. (1934), *Pensiero e linguaggio* (ed. 1990). Roma: Laterza.
- World Health Organization - Priority Assistive Products List. (2016). *Priority Assistive Products List*. Geneva: WHO Press, World Health Organization.
- Zappella E. (2017). Verso il Disability Management integrato all'interno delle organizzazioni lavorative: analisi di alcune ricerche empiriche. *Formazione & Insegnamento*, 2, 355-367.