

Presidenza
Michele De Luca
Gustavo Fraticelli
Mina Welby
Presidente onorario
Maria Antonietta Farina Coscioni
Segretario
Filomena Gallo
Tesoriere
Marco Cappato
Direzione
Maria Teresa Agati
Angiolo Bandinelli
Andrea Boggio
Tommaso Ciaccia
Marcello Crivellini
Luigi Manconi
Marina Mengarelli
Mirella Parachini
Gianfranco Spadaccia
Fabrizio Starace
Valter Vecellio
Silvio Viale

Giunta
Rocco Berardo
Angelo Calandrini
Vittorio Ceradini
José De Falco
Claudio Lunghini
Matteo Mainardi
Stefano Musilli
Francesca Re
Elena Paola Rampello
Valentina Stella

Consiglio Generale
Adolfo Allegra
Andrea Ballabeni
Maurizio Bolognetti
Paola Cirio
Gilberto Corbellini
Tonina Cordedda
Domenico Danza
Roberto Defez
Sergio De Muro
Francesco Di Donato
Sabrina Di Giulio
Marco Favara
Anna Pia Ferraretti
Carlo Flamigni
Antonino Forabosco
Alessandro Frezzato
Cesare Galli
Marco Gentili

Alessandro Gerardi
Luca Gianaroli
Ivan Innocenti
Marisa Jaconi
Severino Mingroni
Luigi Montevecchi
Giulia Simi
Francesco Orzi
Luisa Panattoni
Mario Riccio
Eddo Rugini
Vidmer Scaioli
Romano Scozzafava
Rodolfo Coscioni
Alessandro Bracciali
Piergiorgio Strata
Giuseppe Testa
Guido Silvestri
Rosalba Trivellini
Carlo Troilo
Gaetano Valentino
Giulio Cossu

Collegio Revisori dei Conti
Rita Cian
Marco Maria Freddi
Marco Perduca

Luca Coscioni ha ricevuto il sostegno di 96 premi Nobel:

Alexei Abrikosov, Peter Agre, George Akerlof, Zhores Alferov, Sidney Altman, Phillip Anderson, Werner Arber, Kenneth J. Arrow, David Baltimore, Baruj Benacerraf, Paul Berg, Sir James Black, Gunter Blobel, Norman E. Borlaug, Paul Boyer, Herbert C. Brown, Thomas Cech, Steven Chu, Stanley Cohen, Claude Cohen-Tannoudji, Leon N. Cooper, Pierre De Gennes, Johann Deisenhofer, Cristian De Duve, Richard R. Ernst, John B. Fenn, Edmond H. Fischer, Val Fitch, Jerome I. Friedman, Robert Furchgott, Ivar Giaever, Walter Gilbert, Vitaly Ginzburg, Donald A. Glaser, Shelly Glashow, Clive W. J. Granger, Paul Greengard, Roger Guillemin, Lee Hartwell, Herbert A. Hauptman, James J. Heckman, Alan Heeger, Dudley Herschbach, Antony Hewish, Gerard T' Hooft, H. Robert Horvitz, Sir Godfrey Hounsfield, Timothy Hunt, Sir Aaron Klug, Walter Kohn, Arthur Kornberg, Herbert Kroemer, Sir Harold W. Kroto, Paul C. Lauterbur, Leon M. Lederman, J.-M. Lehn, Alan G. Macdiarmid, Rudolph Marcus, Daniel McFadden, Robert Merton, Mario Molina, Kary B. Mullis, Erwin Neher, Christiane Nusslein-Volhard, Paul M. Nurse, George A. Olah, Douglas D. Osheroff, Martin L. Perl, William D. Phillips, John Polanyi, Ilya Prigogine, Richard J. Roberts, José Saramago, Reinhard Selten, Jens Chr. Skou, Richard E. Smalley, Hamilton O. Smith, Robert M. Solow, Jack Steinberger, Horst L. Stormer, John Sulston, Henri Taube, Richard E. Taylor, Donnell E. Thomas, Daniel C. Tsui, Sir John Vane, Harold Varmus, Martinus Veltman, Klaus Von Klitzing, John Walker, Steven Weinberg, Carl



Roma (Italia)
Via di Torre Argentina 76 00186
tel.: +39.06.689.79.286
fax: +39. 06.23.32.72.48
Posta Certificata:
associazionelucacoscioni@pec.it

**Alla c.a. del Ministro della Salute
On. Beatrice Lorenzin
In sede**

Inviata via: email segreteria.ministro@sanita.it

Roma, 22 luglio 2014

Oggetto: Revisione Regolamento assistenza protesica - D.M.332/99 - note sulla fattibilità.

Illustre Ministro Beatrice Lorenzin,

a seguito dell'incontro del giorno 16 luglio e dell'aggiornamento sul lavoro che state effettuando per arrivare con il Patto sulla salute ad un effettivo aggiornamento dei Lea e del Nomenclatore tariffario entro fine anno, in riferimento alle proposte da noi in questi anni formulate vi riproponiamo i contenuti della lettera del 25 ottobre 2013 che evidenziano che:

- il mancato aggiornamento del Nomenclatore, in particolare, è fatto di estrema gravità perché i Ministri competenti sono su questo formalmente inadempienti dal 2000, termine previsto dal Decreto del Ministero della Sanità del 27 agosto 1999 n.332 (Art. 1 e 11); il danno subito dalle persone disabili e non autosufficienti è di grandissima rilevanza tenuto conto che i contenuti dell'attuale Nomenclatore risalgono agli inizi degli anni '90, un periodo da ritenersi ormai antico relativamente all'evoluzione delle tecnologie biomediche. A livello tecnico già dal 2007-2008 una apposita commissione ministeriale aveva avanzato proposte condivise e i successivi Ministri della Salute avevano predisposto aggiornamenti rimasti inspiegabilmente fermi, anche perché il problema di eventuali coperture non sussiste, tenendo presente quello che già si spende (in modo discrezionale e penalizzante per i disabili) e la limitatezza dei valori in gioco rispetto alla generale spesa sanitaria.
- Oggi la spesa per l'erogazione di ausili alle persone con disabilità, secondo le dichiarazioni dello stesso Ministro della Salute, viene per circa un terzo dalle prestazioni sperperate a causa di "prescrizioni inappropriate ed errate", sperpero a cui si aggiunge l'ormai totale assenza di corrispondenza tra le tariffe indicate nel Nomenclatore (risalenti a valutazioni degli anni 1999 e precedenti) ed il valore reale dei dispositivi che vengono forniti oggi: uno spreco inaccettabile di risorse a fronte di bisogni reali e di diritti incontestabili che solo grazie a "virtuose" deroghe

alla legge, tutt'ora vigente ma inaccettabilmente superata, possono ricevere risposte adeguate:

- una revisione della lista delle tipologie di ausili erogabili con l'eliminazione di quelle obsolete a fronte dell'inclusione delle nuove tecnologie (che possono essere anche meno costose rispetto a quelle nomenclate);
- un più efficace sistema di identificazione dei dispositivi erogabili attraverso la registrazione approvata da un'apposita commissione simile a quella del farmaco, dei modelli fornibili (così come avviene in tutta Europa ed in tutti i paesi civili del mondo) in un "Repertorio" degli ausili tecnici, peraltro già previsto dalla legge finanziaria 2006 - art. 292 comma b), permetterebbero da soli e "a costo zero" l'eliminazione della quasi totalità delle forniture difformi, "discrezionali" ed incontrollabili in quanto ad appropriatezza e congruità, che costituiscono il vulnus più appariscente e più grave dell'attuale sistema.

- Le persone disabili hanno il diritto di conoscere con chiarezza e senza ambiguità quali sono i dispositivi a cui hanno effettivamente diritto, senza sottoporsi ad umilianti mercanteggiamenti per sapere se un determinato prodotto può essere ottenuto gratuitamente oppure no, oppure tra quali modelli di ausilio sia possibile effettuare la scelta; l'Associazione Luca Coscioni da anni si batte per i loro diritti e per il dovere da parte delle istituzioni di garantire condizioni di vita accettabili, possibili e degne di un Paese sviluppato come l'Italia.

In questa situazione, così come in passato Luca Coscioni, l'Associazione che porta il suo nome, esponenti e parlamentari radicali in più occasioni si sono adoperati affinché venisse garantita a tutti la giusta assistenza: azioni parlamentari, scioperi della fame, mobilitazioni pubbliche.

Le richieste dell'Associazione Luca Coscioni al Ministero e al Governo sono dunque le seguenti:

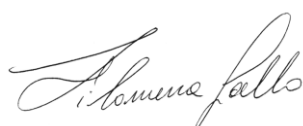
- approvazione immediata dell'aggiornamento del Nomenclatore;
- emanazione del decreto sui LEA.

Ricordiamo che per porre fine allo scandalo ultradecennale del mancato aggiornamento del Nomenclatore nulla osta a che esso sia adottato separatamente, ove la complessità dei LEA comporti una procedura meno immediata.

Come d'intesa inviamo nota tecnica e restiamo a vostra disposizione tramite i nostri dirigenti esperti in materia.

Certi di un cortese riscontro, porgiamo distinti saluti

Filomena Gallo, Segretario dell'Associazione Luca Coscioni



Gustavo Fraticelli, Co-Presidente dell'Associazione Luca Coscioni



Maria Teresa Agati, presidente C.S.R. (Centro Studi e Ricerche Ausili per persone disabili)



Marcello Crivellini, docente di Analisi e organizzazione di sistemi sanitari al Politecnico di Milano



Nota tecnica

Premessa

Queste note sono predisposte ad integrazione dell'“Appello per la revisione dell'Assistenza protesica”([Appello promosso con Centro Studi e Ricerche Ausili Tecnici per Persone Disabili Confindustria](#)) già inviato al Ministro della Salute, Presidente del Consiglio dei Ministri, al Presidente della Conferenza delle Regioni, Ai Presidenti delle Regioni e agli Assessori regionali alla sanità¹)e sono condivise da tutti i primi firmatari dell'appello.

Sintetizzano la proposta di revisione realizzata dal CSR con il contributo dei rappresentanti delle Società scientifiche delle categorie mediche coinvolti nei processi di prescrizione e verifica, dei professionisti, delle associazioni nazionali di utenti, dei fornitori e produttori ed i diversi aggiornamenti. Sono redatte con lo scopo di fornire un contributo di indicazioni operative per la ridefinizione ed una valutazione critica delle proposte su cui attualmente sta lavorando il tavolo istituito ad hoc dal Ministero della Salute.

1. Debolezze e criticità della proposta di revisione attualmente in corso.

Struttura del Nomenclatore identica alla precedente e appiattita sulla divisione tra ausili su misura e ausili di serie, divisione ininfluente se si considerano i bisogni dell'utente e la necessità o meno di “provare” o “adattare” un ausilio (anche se sono entrambi “di serie”, una carrozzina per persone attive devo sceglierla attraverso prove e devo adattarla alle caratteristiche e capacità della persona che la utilizza, un letto no).

¹ <http://www.csrausilidisabili.org/attachments/article/29/Appello-%20tabella%20promotori.pdf>

Percorsi di erogazione (parte normativa del Nomenclatore) non specifica per settore e quindi confusa: un unico impianto normativo per tutte le disabilità e/o categorie di dispositivi;

Proposta di ricorso all'acquisto a mezzo gare per tutti i dispositivi di serie, pressoché impraticabili per quelle tipologie di dispositivi che devono essere scelti, a mezzo prove, sulla base delle necessità dell'assistito, nell'ambito di un programma specifico del Progetto riabilitativo individuale. La gara prevede che venga aggiudicato un unico modello per tutti gli assistiti appartenenti al bacino d'utenti della stazione appaltante e questa è la negazione della possibilità di individuare, con una valutazione condivisa tra equipe riabilitativa e assistito, nella vasta gamma di modelli che oggi i mercati propongono quello più adatto a soddisfare le sue specifiche necessità.

La gara può al contrario costituire un appropriato metodo di acquisto per quei dispositivi che possono essere utilizzati appropriatamente, indipendentemente dalle singole caratteristiche dell'assistito, a patto che venga costruita con modalità appropriate rispetto alle specificità del settore ².

Non avvio della realizzazione del repertorio, nonostante sia stato in più occasioni istituzionali presentato come soluzione efficace alle criticità attuali e quindi impossibilità per le persone con disabilità di sapere a quali ausili concreti (marca e modello) hanno effettivamente diritto.

2. Per una vera riforma, prima di tutto una razionale riorganizzazione degli elenchi

Il primo atto della revisione deve consistere nella riorganizzazione strutturale degli elenchi e nella identificazione dei dispositivi da erogare, alla luce di una visione razionale dell'accorpamento di diverse tipologie di dispositivi (elenchi che includano tipologie di dispositivi omogenee per funzione) ed alla luce dell'inclusione dell'Assistenza in materia di Protesi, ortesi ed Ausili tecnici nei Livelli Essenziali di Assistenza (scelta delle tipologie erogabili in base a criteri di necessità: indispensabili>necessari>utili).

Contestualmente alla riorganizzazione degli elenchi si provvederà alla rivalutazione delle tariffe e/o del concorso alla spesa da parte del Servizio sanitario nazionale ed alla individuazione per ciascuna categoria (elenco) di dispositivi "omogenei" delle appropriate modalità di erogazione.

Per snellire i lavori, si potranno eliminare dagli elenchi attuali i dispositivi dei quali non si ritiene appropriato il mantenimento nei "livelli essenziali di assistenza" o perché obsoleti o perché non essenziali:

Calzature di serie: quali e perché?

Plantari: quali e perché?

² Vedi la pubblicazione CSR: Assistenza protesica e pubbliche procedure di acquisto, realizzata in collaborazione con Consip, SIMFER ed associazioni imprenditoriali e con la partecipazione ai lavori di un funzionario del Ministero della Salute, di rappresentanti delle Regioni e di alcune ASL. La pubblicazione è scaricabile dal sito: www.csrausilidisabili.org

Busti: quali e perché?:
Collari?
Stampelle?
Biciclette?

Le figure più indicate ad effettuare la revisione sono i medici responsabili dei processi prescrittivi, sentite le associazioni dei disabili e valutati i prodotti ed i professionisti presenti sul mercato

L'utilizzo della classificazione ISO EN aggiornata è un utile supporto per la scelta.

2.a) La discriminante per la riorganizzazione

È utile organizzare gli elenchi secondo una discriminante che sia riferibile immediatamente all'utilizzatore -ad esempio in relazione al tipo di disabilità, deficit o menomazione- anziché secondo la vecchia suddivisione tra ausili su misura ed ausili di serie che non ha ragione d'essere se il sistema deve corrispondere ai bisogni degli assistiti e non a quelli dei fornitori/fabbricanti. Questo permette infatti di

- mettere al centro del sistema le necessità della persona a cui è destinato ciascun elenco di dispositivi
- Individuare le figure professionali (dipendenti del servizio sanitario nazionale) deputate alla prescrizione e verifica dell'appropriatezza del dispositivo fornito; tra queste potranno essere individuati i membri della Commissione chiamata a determinare le tipologie di dispositivi da includere negli elenchi;
- Definire percorsi di erogazione puntuali per ciascun gruppo di dispositivi, specificando le figure professionali indispensabili per l'erogazione dei dispositivi inclusi nello specifico nomenclatore.

Ciascun elenco potrà contenere dispositivi realizzati su misura e dispositivi di serie.

Esempi di suddivisione degli elenchi:

√ Protesi e ortesi.

Sono destinate ad amputati, persone con deficit fisici, persone con disabilità motoria; di norma sono realizzate su misura ma possono anche comprendere dispositivi di serie che devono essere sempre individuati sulla base delle singole necessità dell'assistito ed adattate alla sua morfologia ed esigenze.

Prescrittore: medico ortopedico o fisiatra

Prescrizione e fornitura: personalizzata per singolo paziente

Erogatore: tecnico ortopedico.

Accreditamento delle strutture eroganti, con individuazione di specifici atti professionali e di servizio e di requisiti di struttura.

Tariffa o prezzo massimo (fino a un concorso massimo di...)

√ Ausili per disabilità motoria, specialistici (ausili riabilitativi)

Appartengono a questo gruppo quegli ausili che, pur realizzati con processi di fabbricazione continua o di serie, devono scelti individualmente nella gamma di

dispositivi disponibili in ragione della migliore capacità di rispondere alle specifiche necessità dell'assistito.

Prescrittore: medico fisiatra

Prescrizione e fornitura: personalizzata per singolo assistito: scelta e prova dell'ausilio idoneo alle capacità/necessità della persona, nell'ambito dello specifico programma del progetto riabilitativo individuale

Erogatore: figura professionale abilitata > tecnico ortopedico. Accredimento delle strutture eroganti, con individuazione di specifici atti professionali e di servizio e di requisiti di struttura.

Repertorio dei dispositivi erogabili, con registrazione dei prodotti fornibili (marca, modello e prezzo) per ciascuna tipologia inclusa.

Prezzo massimo per ciascuna tipologia: fino a un concorso massimo di... (da definire a seguito di valutazione dei prezzi registrati).

√ **Ausili per disabilità motoria, per bisogni standard (ausili assistenziali)**

Sono ausili standard, che, di norma, possono essere utilizzati in maniera appropriata indipendentemente dalle singole caratteristiche dell'assistito.

Prescrittore: medico fisiatra o medico di base

Fornitura di un ausilio standard, rispondente alle necessità del paziente e compatibile con il contesto di utilizzo

Erogatore: professionista competente per tipologia di prodotto

Repertorio dei dispositivi acquistabili per ciascuna tipologia

Acquisto a mezzo di pubbliche procedure.

√ **Ausili per deficit uditivi.**

Si tratta di dispositivi predisposti, da individuare ed adattare, ovvero necessariamente personalizzare, come previsto dalle norme vigenti, sulla base delle caratteristiche audiologiche e degli stili di vita del singolo assistito.

Prescrittore: medico specialista competente

Prescrizione e fornitura: Individuazione della soluzione protesica idonea, fornitura ed adattamento del dispositivo sino all'ottenimento del risultato atteso: tecnico audioprotesista

Accreditamento delle strutture eroganti, con individuazione di specifici atti professionali e di servizio e di requisiti di struttura.

Tariffa o prezzo massimo (fino a un concorso massimo di...)

√ **Ausili per comunicazione...**

ecc. ecc.

2.b Criteri di inclusione o esclusione delle tipologie; inserimento di nuove tipologie per dettagliare caratteristiche di dispositivi che oggi vendono forniti impropriamente con codici di prodotti "simili".

Procedere alla revisione delle tipologie di dispositivi contenute negli elenchi attuali, operando la selezione delle tipologie da mantenere (risposta a bisogni essenziali) ed eliminando tipologie obsolete e quelle che rispondono a bisogni non prioritari anche in relazione alle risorse che si vogliono destinare; valutare se è opportuno mantenere ausili di basso costo, per i quali i processi di fornitura sono più onerosi del costo del prodotto, per i quali si possono eventualmente mantenere modalità più semplici di erogazione.

Per avere parametri attendibili di variazione della spesa, è necessario rilevare i tipi di dispositivi che oggi vengono forniti utilizzando tipologie (codici) inclusi nel Nomenclatore ma difformi (in parte o in tutto) rispetto alle caratteristiche dei prodotti nomenclati.

A solo titolo di esempio,
con il codice 18 09 18 012 “seggiolone polifunzionale” vengono forniti tanto seggioloni ortopedizzati multifunzione per l’età evolutiva quanto carrozzine basculanti semplici per adulti;
con il codice 03 78 09 003 “stabilizzatore deambulatore in posizione eretta” oggi non vengono più forniti ausili tipo “Parapodium” che corrispondevano a quanto descritto, ma che sono usciti di produzione all’inizio degli anni 2000, sostituiti da “Stabilizzatori deambulatori” di moderna concezione, con stessa funzione (stabilizzare il tronco per consentire la deambulazione autonoma) ma con caratteristiche tecniche del tutto dissimili dalle descrizioni contenute per quel codice nel Nomenclatore;
con il codice 18 09 39 021 “unità posturale tronco bacino” associato al codice 18 09 39 006 “base da esterni” vengono fornite anche carrozzine basculanti posturali o per bisogni complessi...
ecc. ecc.

E’ facile comprendere come, essendo le denominazioni e le descrizioni contenute nel Nomenclatore relative a dispositivi presenti negli anni ‘90, oggi sia frequente la presenza sul mercato di prodotti che, pur adempiendo alla stessa funzione, hanno caratteristiche tecniche molto diverse (come nel caso degli stabilizzatori deambulatori) così come, essendo nel frattempo comparsi sul mercato ausili molto utili che, pur non essendo nomenclati, hanno caratteristiche avvicinati a quelle descritte per altri ausili, si sia cercato, pur di fornire l’ausilio, di utilizzare codici impropri ma con requisiti in qualche modo comparabili con quelli descritti.

Il risultato è che tutti questi dispositivi oggi sono pagati dal Servizio sanitario nazionale; l’inserimento di nuovi codici e di descrizioni proprie non porterebbe in alcun modo aggravio di costi, ma servirebbe certamente a fare maggior chiarezza tra quanto può essere a carico della spesa pubblica e quanto debba essere escluso.

2.c) Sostituzione di tipologie obsolete ed inclusione di corrispondenti tipologie tecnologicamente aggiornate.

Soprattutto nel campo degli ausili per comunicazione, quanto è descritto oggi nel nomenclatore appartiene ad un’altra era geologica; i nuovi dispositivi presenti sul mercato o le “App” da utilizzare su computer e tablet integrano funzioni inimmaginabili qualche anno fa, con valori di mercato che non hanno nessuna attinenza con i dispositivi inclusi nel Nomenclatore.

3. Il repertorio degli ausili di serie

Infine, l’istituzione dello specifico Repertorio dell’assistenza protesica, peraltro già previsto nella legge finanziaria del 2006, con l’obbligo di registrare marca, modello e prezzo dei dispositivi assegnando loro il relativo codice di prescrivibilità (codice nomenclatore)

- permetterebbe di eliminare tutte le forniture improprie che, a causa della necessità di derogare rispetto a descrizioni spesso del tutto obsolete, oggi

- avvengono in quanto non è possibile porre un confine preciso rispetto a quanto può essere legittimamente fornito e la valutazione è del tutto discrezionale;
- permetterebbe di far emergere i diversi prezzi di listino, e quindi i diversi valori dei prodotti: oggi, in Italia, tutti i dispositivi appartenenti allo stesso codice hanno lo stesso prezzo finale, che corrisponde alla tariffa, con grave pregiudizio della libera concorrenza e con la difficoltà ad individuare tariffe o “prezzi sino al concorso massimo di...” adeguate rispetto al valore dei prodotti.³

4. Una riforma a costo zero oppure con risorse aggiuntive: una scelta politica.

Queste modifiche “a costo zero” permetterebbero già da sole:

- di avere un Nomenclatore organizzato sulla base dei bisogni, e quindi facilmente consultabile da utenti e famiglie e dagli operatori a diverso titolo coinvolti nei processi di prescrizione e fornitura: alla persona che ha bisogno di un ausilio non interessa se il dispositivo è su misura o di serie; a lei interessa sapere a quali tipologie di ausilio ha diritto, in relazione al suo tipo di disabilità o al suo deficit;
 - di creare percorsi di erogazione specifici (e quindi appropriati) per ciascun elenco, quindi per ciascuna categoria di bisogni, con figure professionali identificate tra le quali scegliere rappresentanze competenti per i necessari aggiornamenti periodici
- La realizzazione del Repertorio permetterebbe
- di togliere ogni discrezionalità territoriale (oggi ogni regione o ogni ASL fa da sé nel decidere se un prodotto può o non può essere erogato con quel codice) o personale (non è improbabile che ad un assistito sia concesso di ricevere gratuitamente quello che a un altro è concesso);
 - di far emergere il valore dei prodotti (diverse marche e modelli), così da poter stabilire con dati alla mano qual è il costo che lo Stato intende assumersi ed in modo che l’assistito che desidera avere un prodotto qualitativamente superiore rispetto a quanto fornito gratuitamente, possa calcolare a priori la differenza a suo carico senza essere in balia del fornitore;
 - di rendere facilmente disponibili tutte le informazioni sui diversi modelli di ausilio tra i quali è possibile indirizzare la scelta, a fronte della prescrizione di un codice, favorendo la reale concorrenzialità tra i prodotti⁴.

L’inserimento di nuove tipologie di dispositivi per rispondere a bisogni diversi rispetto a quelli già contemplati potrà inoltre essere finanziata:

³ Nel 2007 la Fondazione don Carlo Gnocchi ha completato una ricerca per la quale aveva ricevuto incarico dal Ministero della Salute, Direzione Generale della Programmazione, relativa al modello di calcolo del costo degli ausili, per ottenere elementi utili al fine di definire tariffe appropriate. Il capitolo 5, a cui ha collaborato il CSR, “...affronta il tema sotto un altro punto di vista, che è quello delle *dinamiche di mercato* nel settore degli ausili. Dopo una sintetica disamina delle specificità di questo settore sotto l’aspetto produttivo, commerciale e tecnico, vengono presentati i risultati di un’indagine statistica sui prezzi al pubblico degli ausili presenti sul mercato. I relativi dati numerici sono esposti nel dettaglio nell’allegato 5. In quest’analisi emerge una notevolissima variabilità dei prezzi anche all’interno di categorie omogenee di prodotti; analizzando separatamente le variabilità dovute a criticità nelle fonti informative e quelle dovute invece a ragioni intrinseche di mercato, si giunge a proporre una metodologia per la determinazione dei costi di riferimento per gli ausili di serie, basata su un *osservatorio dei prezzi*...”. Il repertorio è quindi un concreto “osservatorio dei prezzi”.

⁴ CSR, in collaborazione con la Fondazione Don Carlo Gnocchi e con le associazioni dei produttori e dei medici prescrittori ha realizzato un Repertorio degli ausili tecnici erogabili nell’ambito dell’Assistenza Protesica” autogestito, che sarà messo on line e presentato a tutto il settore nell’ottobre 2014.

- dall'eliminazione di tipologie ritenute meno necessarie (modifica a saldi invariati);
- da maggiori finanziamenti, destinati a specifiche categorie di utenti, o a particolari bisogni.

Infine (ma certamente non meno importante) l'accreditamento delle strutture eroganti e la pubblicazione dell'elenco delle strutture accreditate permette all'assistito di avere le necessarie certezze sulla adeguata qualità professionale del fornitore e di scegliere con consapevole libertà il professionista da cui farsi assistere.

Conclusioni

Sarebbe davvero deludente una proposta di revisione che, dopo 15 anni di attesa, mantenesse le criticità strutturali del vecchio sistema e, al di là di qualche aggiustamento degli elenchi, con l'estensione dell'acquisto tramite gara a tutti i dispositivi di serie peggiorasse le attuali modalità di fornitura, mortificando il ruolo del prescrittore e di tutte le figure professionali che dovrebbero essere invece coinvolte nei processi erogativi; per questo ci auguriamo che si affronti invece questo tema con tutta l'attenzione e la competenza necessarie.

La proposta delle regioni (Repertorio dei dispositivi con i prezzi) si presta ad usare eventualmente anche meccanismi di regolazione della spesa già usati per i farmaci (puoi scegliere il farmaco che vuoi ma il SSN paga il prezzo del generico/equivalente). L'altro elemento significativo è che con un Repertorio governato da una commissione (anche qui parallelo con la commissione per il farmaco) l'inserimento di nuovi dispositivi sarebbe continuo e non più con tempi dilatati e incerti.

Sarebbe infine insoddisfacente una riforma che non sfruttasse le possibilità offerte dal recente Piano di indirizzo della Riabilitazione per inserire sinergicamente questo importantissimo settore nel riordino organizzativo, di appropriatezza, di efficacia sia clinica che finanziaria di tutte le attività riabilitative.

Impedire la scelta del dispositivo più idoneo per la singola persona anche per quei dispositivi per i quali la scelta individuale è condizione per una migliore accettazione ed efficacia, vanificando la possibilità dell'assistito di essere parte attiva nei processi decisionali, oltre ad essere una scelta di retroguardia che ci allontanerebbe anni luce da quanto accade in tutti i paesi civili, potrebbe significare che si privilegiano gli interessi di quei gruppi d'affari che spingono perché il sistema "gare" si estenda massivamente anche al nostro settore anziché quello dell'appropriatezza, dello stimolo a ricercare sempre più innovative e performanti soluzioni tecnologiche, del rispetto dei diritti, dei bisogni e delle aspettative delle persone con disabilità.

