

Roma, 2 settembre 2013

Al Ministro della Salute  
Onorevole Beatrice Lorenzin

Al Presidente Commissione Diritti Umani del Senato  
Senatore Luigi Manconi

Nota a seguito dell'Audizione del 31 luglio 2013 e della comunicazione del Ministro

*Signor Ministro, signor Presidente della Commissione Diritti umani del Senato,*

Dopo l'audizione in Senato del 23 luglio 2013 e la comunicazione del signor Ministro, nella successiva audizione del 31 luglio, nella quale veniva prospettata la possibilità di inserire la proposta di aggiornamento del Nomenclatore tariffario delle protesi di cui al D.M. n.332/99 "...in una delle prossime iniziative di politica sanitaria..." , trasmetto le considerazioni del nostro Centro Studi, a risposta.

Se i criteri cui dovrebbe attenersi la nuova proposta sono ampiamente condivisibili:

- ✓ **promozione** della gestione domiciliare della disabilità,
- ✓ **copertura del bisogno** con inserimento di nuove tipologie di ausilio (per le più varie situazioni di disabilità);
- ✓ stretta aderenza allo **standard di classificazione internazionale** En Iso 9999 "Ausili tecnici per persone disabili";
- ✓ **flessibilità rispetto alla tecnologia**;
- ✓ **flessibilità rispetto al bisogno** con la valutazione caso per caso di quale sia l'ausilio o il corredo di ausili appropriato;

l'indicazione dei principali elementi innovativi che permetterebbero di superare le criticità dell'attuale sistema per attenersi ai sopracitati criteri merita qualche ulteriore approfondimento.

- 1) Per consentire la valutazione dell'impatto economico di eventuali varianti all'attuale sistema è utile partire dal dato di base rappresentato dall'attuale costo dell'assistenza protesica (complessivo e disaggregato: costo dei prodotti>costo della gestione; costi per

categorie di prodotti; costi per categoria di bisogno/disabilità; costo per prodotti su misura, predisposti e finiti...).

- 2) La determinazione del costo delle nuove tecnologie inserite, stimato in (+)200mln. di euro, non pare abbia tenuto del fatto che una parte consistente (stimabile in circa l'80%) delle tipologie di dispositivi indicate come di nuovo inserimento:
- sostituiscono tipologie obsolete, per cui occorre soltanto quantificare il valore in più o in meno delle nuove tecnologie rispetto a quelle attualmente inserite (ad es: telefoni o ausili per telefonare; ausili per comunicazione interpersonale, ecc.);
  - sono varianti alternative di quelle attualmente presenti e pertanto rappresentano non un reale incremento di costo ma una gamma più ampia entro cui scegliere (ad es. il sollevatore a barella o quello a soffitto sono alternativi a quello con imbragatura; la rampa portatile pieghevole o il carrello servoscala sono alternativi al montascale mobile, ecc. ecc.);
  - pur non essendo incluse negli elenchi sono oggi comunque erogate o con una deroga rispetto alla perfetta corrispondenza tra caratteristiche tecniche descritte nel nomenclatore vigente (ad. es., carrozzine basculanti di diversa complessità erogate con i codici relativi al "seggione polifunzionale" o all' "unità posturale tronco bacino su base da esterni") oppure utilizzando il criterio della "riconducibilità" di cui all'art. 1 comma 6 del D.M.332/99; sistemi entrambi che determinano ampie zone grigie dove è pressoché impossibile tenere sotto controllo il limite dell'appropriatezza (cosa è legittimamente fornibile).

Una riforma a costo zero potrebbe valutare l'inserimento solo di quelle tipologie di dispositivi

che costituiscono

- una sostituzione delle tipologie obsolete con dispositivi di nuova generazione (non necessariamente più costosi, anzi spesso con migliori prestazioni a prezzi più bassi);
  - un ampliamento di gamma, inserendo più varianti delle tipologie esistenti: in questo caso è possibile prevedere anche varianti meno costose (come nel caso della "rampa pieghevole" per il superamento delle barriere architettoniche in luogo del montascale elettrico);
  - una più puntuale riorganizzazione di quanto viene oggi erogato "*sotto falso nome*" facendo una ricognizione ed analisi in alcune ASL campione di quanto viene fornito e decidendo cosa è legittimo (e quindi inserendo le corrispondenti tipologie e descrizioni) e cosa no.
- 3) La più precisa suddivisione tra dispositivi "**su misura**" e dispositivi "**di serie**" non può semplicisticamente portare all'acquisto di "tutti" i dispositivi di serie tramite pubbliche procedure di acquisto, al solo fine di determinarne il prezzo più basso.
- Occorre tenere conto che:
- Non esistono solo "**dispositivi su misura**" e "**dispositivi di serie**", ma anche "**dispositivi di serie, predisposti**", che vengono immessi in commercio in uno status che **impone** che essi siano scelti e configurati da un professionista sanitario

specificamente abilitato per essere adeguati alle necessità del singolo utilizzatore. Anche al fine di evitare per queste tipologie di dispositivi “predisposti” l’improprio utilizzo dell’acquisto a mezzo gara con conseguenti ricorsi che ne hanno già sancito l’illegittimità (vedi ad es. l’annullamento della procedura d’acquisto per l’affidamento della fornitura di “Apparecchi acustici completi di accessori” elenco 1, D.M.332/99, di cui al bando di gara pubblicato sulla G.U. dell’Unione Europea in data 14 maggio 2011) è dunque necessario:

- prendere atto dell’esistenza di questo particolare tipo di prodotti creando **tre distinti elenchi: dispositivi su misura; dispositivi predisposti; dispositivi di serie** (evitando l’attuale confusione creata dall’inclusione dei dispositivi “predisposti” nell’elenco dei prodotti su misura);
  - definire criteri inequivocabili per l’inclusione nell’elenco dei “predisposti” di tipologie di dispositivi legittime (evitando l’attuale impropria quando non pretestuosa inclusione di dispositivi a tutti gli effetti da considerare “di serie”): i profili professionali e la normativa riguardante i loro atti professionali determinano con precisione quali dispositivi debbono essere personalizzati;
- b) considerare che l’acquisto a mezzo di pubbliche procedure per ottenere il minor prezzo (gara) significa fornitura di un unico modello per tipologia a tutta la popolazione di un determinato bacino d’utenza. Per alcune tipologie di dispositivi è possibile: si tratta di quegli ausili che possono essere utilizzati appropriatamente, indipendentemente dalle caratteristiche del singolo utilizzatore (come, ad es., letti, sollevatori, montascale, carrozzine per spostamento disabili, ecc.; altre tipologie, pur essendo relative a prodotti di serie, riguardano dispositivi che devono essere scelti sulla base delle singole necessità e caratteristiche della persona che li utilizzerà (carrozzine superleggere, posturali, elettroniche; ausili per la stabilizzazione in postura eretta; sistemi complessi per l’età evolutiva,...) ; per queste tipologie il ricorso alla gara d’appalto appare uno strumento del tutto inadeguato. Esistono peraltro modalità più efficaci per stabilire valore di prodotto e prezzo (vedi ad es. le diverse modalità di Germania o Francia).

Infine, con il miglior spirito di servizio, **proprio per costruire percorsi erogativi che inducano alla necessaria appropriatezza** e quindi tali da non consentire errori di individuazione del dispositivo da erogare, crediamo sia necessario prevedere **Nomenclatori diversi per area di bisogno**: disabilità motoria, amputati (protesi e ortesi), deficit sensoriali, ecc. ecc., in modo che per ogni categoria di bisogno venga individuato il percorso di prescrizione/erogazione più appropriato, con la definizione delle specifiche figure professionali deputate a svolgere i diversi ruoli.

Solo questo consentirebbe di ridurre gli errori di prescrizione/fornitura: **un sistema che consente 1/3 di forniture errate è inaccettabile**. Una ricerca del Censis (2012) dimostra che percorsi erogativi appropriati gestiti dalle figure professionalmente adeguate e responsabili esistono già e portano ad un livello di soddisfazione dell’utilizzatore molto alto:

ad es., l'87% di utilizzatori di apparecchi acustici dichiara di aver raggiunto un'elevata soddisfazione e un'alta qualità di vita.<sup>1</sup>

Resto a disposizione per ogni ulteriore informazione o chiarimento

Mteresa Agati, CSR



---

<sup>1</sup>“Non solo ospedali e farmaci: il valore sociale ... dei dispositivi medici “ è un'interessante ricerca della fondazione Censis, presentata a Roma il 3 maggio 2012. La ricerca evidenzia come la “personalizzazione” sia uno degli elementi fondamentali per produrre efficacia e soddisfazione e che il miglior risultato tra quelli censiti è rappresentato dai fruitori di apparecchi acustici: “... Riguardo agli utilizzatori nel quotidiano di dispositivi medici emerge che ha registrato un miglioramento della propria qualità della vita l'86,7% di coloro che utilizzano apparecchi e protesi acustiche di vario tipo....”.