

Sintesi degli atti del Convegno

“Verso l'appropriatezza e l'efficacia nella fornitura protesica degli ausili ICT” principi, suggerimenti e proposte per l'attuazione del nuovo nomenclatore

Il nuovo Nomenclatore degli ausili compreso nei LEA non è davvero “nuovo” dal momento che è formalmente in vigore dal marzo 2017: tuttavia questa normativa sanitaria che sulla carta costituisce un'innovazione importante, stenta ad avere un'attuazione adeguata, poiché presenta notevoli incognite applicative per il personale clinico e quello amministrativo, con inevitabili conseguenze negative per gli utenti finali. In assenza di linee-guida nazionali, ogni Regione - o più spesso ogni Azienda USL - sta cercando di sviluppare percorsi attuativi che però evidenziano diverse criticità, non tanto o non solo di carattere strettamente normativo, quanto legate ad una appropriata traduzione pratica dei principi e delle direttive del Nomenclatore. Le maggiori incertezze si concentrano probabilmente nel settore degli ausili tecnologici (ICT).

L'evento del 6 dicembre, fortemente voluto e organizzato dalle associazioni nazionali dei Centri Ausili Tecnologici (GLIC) e delle Aziende del settore degli ausili ICT (Assoausili), fa seguito ad altri eventi nazionali realizzati dal momento dell'entrata in vigore dei nuovi LEA, per analizzare le criticità e fare proposte concrete di miglioramento. Più che un convegno, quindi, si tratta di una giornata di studio indirizzata primariamente agli “addetti ai lavori”, in cui tutti i principali attori del percorso di fornitura protesica si confrontano e propongono percorsi, accorgimenti, soluzioni per una fornitura protesica sempre più appropriata e al passo con i tempi.

Al convegno, che si è svolto a Bologna e che non prevedeva crediti ECM, hanno partecipato più di 200 operatori della riabilitazione; le iscrizioni sono state chiuse con 10 giorni di anticipo.



Per eventuali richieste di approfondimento e/o di materiale
(presentazioni, registrazioni Audio/video) rivolgersi ai referenti scientifici del Convegno:

Ing. Claudio Bitelli-GLIC: c.bitelli@centriausili.it
Dr. Filippo Borghi-Assoausili: presidente@assoausili.org

CON IL PATROCINIO DI:



Intervento Dr.ssa Giuseppina Castellano, ISAAC Italy (Società Internazionale per la Comunicazione Aumentativa Alternativa-Italia)

International Society for Augmentative and Alternative Communication ha in Italia la sua rappresentanza con ISAAC ITALY, Ente del Terzo Settore il cui ambito scientifico e associativo è la Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA). La disabilità di comunicazione è caratterizzata da complessità e implicazioni sistemiche, nella vita di relazione, nelle Attività della persona, nelle espressioni cliniche e di funzionamento adattivo; necessita di un approccio altrettanto sistemico nella ricerca delle soluzioni assistive maggiormente efficaci per ogni persona; richiede un elevato grado di integrazione tra discipline scientifiche e tecnologiche, strumenti per sostenere e implementare la Partecipazione Attiva della persona con disabilità al suo ambiente di vita, nello sviluppo del sé, delle capacità e abilità, del progetto di vita. Dai Documenti Scientifici che costituiscono l'identità culturale di Isaac Italy, si riassume la *position paper relativa al Nomenclatore*.

L'indeterminatezza delle definizioni *operatore debitamente formato* e *equipe multidisciplinare*, non declinate circa le caratteristiche formative indispensabili di chi ha la responsabilità di condurre progetti di CAA e Tecnologie Assistive, benchè vi siano anche percorsi universitari post laurea dedicati (vedi Master LUMSA a Roma) e corsi di livello nazionale. **Rileviamo la necessità di disambiguazione rispetto alla formazione e alle competenze necessarie** La multidisciplinarietà non è una sommatoria di interventi specialistici: l'outcome positivo nella valutazione e prescrizione di ausili richiede approccio multidimensionale alle necessità di Partecipazione della persona con disabilità e dei suoi partner in riferimento ai Principi e Prassi di CAA.

Isaac Italy sostiene Modelli di intervento compatibili con l'ICF declinati secondo il Dominio Attività e Partecipazione; fondati sulla conoscenza e correlazione con il Social Network, nella scelta delle Tecnologie Assistive.

Isaac Italy ritiene indispensabile uniformare, in tutto il territorio nazionale, l'accesso alle opportunità di ricevere gli ausili necessari e correttamente individuati nel Progetto Riabilitativo Individuale.

Rileva la disomogeneità generata dal legislatore nella definizione di disabilità, per le risorse economiche della comunità e causa di una dannosa pratica tendente a definire criteri di esclusione e di inclusione lesivi del Diritto alla Comunicazione.

Auspica il raggiungimento di un'omogeneità concettuale nell'approccio valutativo prescrittivo e autorizzativo secondo ICF.



<http://www.isaacitaly.it/>



Intervento Dott. Massimo De Marchi-Dr.ssa Michela Lorenzin, SIMFER (Società Italiana Medicina Fisica e Riabilitativa)

Nella progettazione e stesura del progetto riabilitativo individuale per la fornitura di un ausilio ITC effettuata dal fisiatra prescrittore, è fondamentale la collaborazione dell'equipe multidisciplinare specializzata e formata nello specifico settore.

Il paziente è una persona che vive nel proprio ambiente e contesto di vita da cui non si può prescindere, fondamentali sono i care-givers, le aspettative, le basi culturali, di questo bisogna assolutamente tener conto nella prescrizione mirata ed appropriata.

L'interazione fra i professionisti, con competenze diverse ma complementari ed il dialogo stretto interdisciplinare è l'unico percorso percorribile per ottenere una prescrizione appropriata.

Il fisiatra effettua il cosiddetto "triage riabilitativo" per ottenere una prognosi riabilitativa, necessaria in un'ottica prescrittiva lungimirante e mirata, a breve, medio e lungo termine. Dovrebbe utilizzare schede di valutazione degli outcome (IPPA, QUEST) da rivedere nel tempo, prevedere, follow-up e rivalutazioni.

Il luogo dove si dovrebbero effettuare queste valutazioni multi ed interdisciplinari sono i centri ausili, che assumono con i nuovi LEA ancor di più un ruolo fondamentale, dove si effettua valutazione, prova dell'ausilio, follow-up.

Come società scientifica stiamo seguendo anche il lavoro, non semplice delle regioni per la definizione precisa degli "aventi diritto" o di linee di indirizzo necessarie per definire anche poi l'impatto economico, evitando disomogeneità sul territorio italiano.

Ad oggi la prescrizione degli ITC è affidata caso per caso ad una piccola gara e prescritta in "extratariffario", possibile solo per pochi ausili, quindi sicuramente rimane una criticità.

La Simfer sta organizzando ormai da più di un anno, formazione specifica multidisciplinare sia con corsi di alta formazione che con incontri di giornate monotematiche, inoltre si stanno effettuando dei brain-storming fra esperti per definire un documento di proposta e di indirizzo per il nuovo nomenclatore.

La Simfer propone inoltre formazione specifica sugli ICT coinvolgendo le Società scientifiche dei professionisti della riabilitazione. La proposta ad oggi migliore è la creazione di un repertorio di ausili ITC.



www.simfer.it



Intervento Dr. Massimo Guerreschi, GLIC (rete italiana centri ausili tecnologici)



L'Associazione GLIC è la rete italiana dei Centri che si occupano di ausili ICT, costituita in modo informale nel 1997, e formalmente nel 2003: oggi conta circa 30 Centri in 15 Regioni, insieme a 2 Partner scientifici: CNR – ITD Genova e INAIL. Un Centro Ausili è una realtà di servizio senza interessi commerciali, pubblica o privata, stabile, con competenze specialistiche multidisciplinari, in rete con i Servizi del territorio, dotata di un parco ausili. Collabora con i Team prescrittivi, gli Uffici protesi e il Mercato per l'appropriatezza della fornitura protesica. I Centri GLIC giocano un ruolo sia per la qualità della prescrizione (supportando il team prescrittivo nella valutazione e prove degli ausili) sia a supporto dell'apparato amministrativo incaricato dell'acquisizione e fornitura degli ausili, sia nel percorso post-fornitura (personalizzazioni, training, supporto). Per approfondimenti: www.centriausili.it. In questi ultimi anni il GLIC ha fornito un significativo contributo al nuovo Nomenclatore, attraverso la proposta di un ampio allargamento dei codici ICT, passati da circa 20 a quasi 80. Dal nostro osservatorio rileviamo che l'applicazione è ancora in fase iniziale, disomogenea tra le Regioni, con numerosi problemi degli attori dei processi prescrittivo e amministrativo. Le maggiori criticità sono:

1. La qualità del percorso prescrittivo degli ausili ICT

Il Nomenclatore non dà indicazioni sul *processo* di individuazione dell'ausilio, benché sia fondamentale per l'appropriatezza. Gli ausili ICT necessitano di una prescrizione personalizzata, tramite una valutazione multifattoriale: il processo può essere articolato, soprattutto per casi complessi e riteniamo non possa essere – come in molti casi avviene – delegato al mercato per assenza di competenze specifiche del team prescrittivo (gli ausili ICT sono innovativi e in continua evoluzione...). Si osserva la necessità di garantire al bisogno un apporto di competenza al team prescrittivo, per potere individuare l'ausilio più adeguato alla persona e alla sua situazione di vita. Questo significa efficacia clinico-sociale per l'utente, eliminazione di spese errate o indotte dal mercato, riduzione dei costi sociali.

2. La qualità nel percorso di acquisizione degli ausili

Per gli ausili ICT gli Uffici della protesica si trovano oggi ad affrontare tramite meccanismi di "gara" una sfida nuova ed impegnativa, su un terreno in cui le caratteristiche dei prodotti e del mercato definiscono un quadro molto specifico e dinamico: occorre rispettare al contempo l'appropriatezza clinica e la comparazione di offerte consone, per non "tradire" il significato della prescrizione.

Si ritiene necessario che: la prescrizione sia il più possibile corredata di una descrizione dettagliata delle caratteristiche degli ausili, in modo da indirizzare le offerte a gara su un set ristretto ed «idoneo» di prodotti; occorre individuare prassi amministrative in grado di garantire un approccio al mercato che consenta la personalizzazione della fornitura.

In ultima analisi si osserva la necessità di linee-guida regionali per le procedure d'acquisto e la messa in campo risorse di competenza per supportare il processo amministrativo.

3. La qualità nel percorso post-fornitura

Gli ausili ICT sono nell'elenco 2B (ausili pronti all'uso) in cui non sono previste prestazioni da parte di soggetti esterni (tecnici competenti su ausili ICT) se non su richiesta esplicita del prescrittore; non sono però riconosciute in NT le relative prestazioni, che secondo la proposta GLIC possono essere: adattamento e personalizzazione degli ausili sulla base di specifiche personali e ambientali; training alla persona e al contesto sociale per l'uso efficace dell'ausilio.

Conclusioni

I Centri Ausili tecnologici devono essere riconosciuti «a sistema», in quanto giocano un importante ruolo di supporto nell'intero processo di fornitura protesica degli ausili ICT. Una seconda proposta GLIC è quella di situare gli ausili ICT nell'elenco 2A (ausili di serie per cui è previsto un supporto tecnico per la messa in opera); in alternativa, riconoscere le specificità degli ausili ICT attraverso un elenco dedicato, in vista di un "repertorio", che auspichiamo essere il punto di arrivo.

Il GLIC da sempre ha cercato il dialogo con tutti soggetti del percorso ausili: ci impegniamo a proseguire e approfondire il confronto e auspichiamo di poter interloquire fattivamente con Ministero, Regioni e Commissione per l'Aggiornamento LEA, grandi assenti in questo convegno.



Intervento Dr. Filippo Borghi, ASSO AUSILI (Associazione tra le imprese di produzione e distribuzione di ausili elettronici e informatici)

Assoausili è l'unica Associazione Italiana che raccoglie i produttori e distributori di Ausili Tecnologici, nasce nel 2003 e oggi rappresenta 10 Aziende.

Dall'introduzione dei nuovi codici riferiti agli ausili ICT nel nuovo Nomenclatore, L'Associazione ha monitorato l'introduzione dei nuovi codici e il recepimento degli stessi da parte delle Regioni (per ora Lombardia, Veneto e Trentino Alto Adige) e riscontrato importanti criticità con particolare riferimento alle procedure di acquisto.

L'ausilio tecnologico, nella maggior parte dei casi, è un "Sistema ausilio" una soluzione che si compone di più dispositivi che devono essere compatibili fra loro, la soluzione necessita di servizi specializzati e qualificati in riferimento agli ausili Tecnologici che compongono la soluzione, si può parlare di "sartoria tecnologica" perché ogni componente va scelto con cura e va "ritagliato" sulle esigenze dell'utente.

Gli elementi critici che sono emersi osservando le spesso inappropriate procedure d'acquisto sono i seguenti: le commissioni che istruiscono le gare non conoscono la materia, l'eccesso di ribasso non viene considerato e porta a forniture di ausili qualitativamente e funzionalmente inefficienti, le gare con unico aggiudicatario negano l'importanza di avere più soluzioni a disposizione che devono essere provate prima della fornitura.

Ammesso e non concesso che gli ausili ICT possano essere considerati "di serie" va riconosciuta l'importanza della personalizzazione sulle esigenze della persona in riferimento a questi ausili e allo stesso modo l'esigenza di poter scegliere fra più soluzioni disponibili, di poter seguire l'aggiornamento tecnologico di un segmento di mercato che per sua stessa natura è dinamico e veloce nel proporre nuove soluzioni.

In rispetto del codice degli appalti e in considerazione degli argomenti sopra esposti Assoausili propone l'utilizzo di due strumenti amministrativi per finalizzare le procedure d'acquisto.

Per quanto riguarda gli ausili ICT più costosi come i sistemi di puntamento oculare la procedura d'acquisto più appropriata è indubbiamente l'accordo quadro che permette di garantire la pluralità dell'offerta e quindi nelle soluzioni disponibili, l'acquisto dopo la prescrizione e l'aggiornamento tecnologico.

Per tutti gli altri ausili ICT che non hanno costi importanti ma comunque necessitano di alti livelli di personalizzazione lo strumento proposto è la procedura di acquisto "sotto soglia" che garantisce la pluralità nella scelta, la partecipazione di fornitori specializzati e qualificati, l'acquisto dopo la prescrizione e l'aggiornamento tecnologico.

Assoausili ci tiene a sottolineare come i costi degli ausili ICT, comprendenti anche i sistemi di puntamento oculare, gli ausili più costosi fra gli ICT che ormai da 10 anni sono già a carico del SSN, siano irrisori in termini assoluti (25 Milioni anno) e percentuali 0,016 % sul costo annuo totale del SSN.



www.assoausili.org



Intervento D.ssa Arianna Antonini, AITO (Associazione Italiana Terapisti Occupazionali)

L'Associazione ha condotto un'analisi e un confronto tra i terapisti occupazionali che hanno lavorato con il nuovo nomenclatore nel territorio Italiano. Le maggiori risposte di applicazione sono state rilevate nel centro-nord. Tuttavia sono emerse delle esperienze di attuazione molto parziali anche nelle regioni in cui si è arrivati ad un'applicazione su quasi tutto il territorio. Avere avuto esperienze solo in alcune zone o città ha creato non pochi problemi di comunicazione e interpretazione tra servizi delle stesse aziende e anche di aziende differenti (talvolta coesistenza del vecchio e del nuovo nomenclatore all'interno delle stesse regioni).

Dai diversi scenari attuativi è stato possibile estrapolare dei concetti comuni:

- L'importanza del Ter. Occ. e del personale tecnico nella fase di **elaborazione del Piano Riabilitativo Assistenziale Individuale** (redazione di relazioni funzionali di sostegno al PRAI) (DECRETO DEL PRESIDENTE DEL CONSIGLIO DEI MINISTRI 12 gennaio 2017. Definizione e aggiornamento dei livelli essenziali di assistenza, Art. 1 comma 2,3)
- L'importanza del contributo del Ter. Occ. nell'**identificazione personalizzata** di un sistema di ausili ICT composto da più codici prescrittivi (periferiche Input, output ecc). (es. scelta sensori in base alle capacità di prensione).
- L'importanza del Ter. Occ. e degli altri professionisti tecnici abilitati nell'effettuare **training** per le persone richiedenti e per i loro familiari sull'uso degli ausili ICT prescritti (elenco 2B classe 22.21).
Tra le esperienze emerse, la divisione degli ausili del nuovo nomenclatore in **lotti** quanto più omogenei, con approfondita **descrizione di ciascun codice** e massima e dettagliata definizione dei diversi dispositivi inclusi in ciascuno di essi, è stata ritenuta molto positiva nell'espletamento di gare d'appalto.

Le criticità emerse dal confronto riguardano sei punti chiave.

1. Tra queste c'è la mancanza di relazioni funzionali multidisciplinari nella stesura del PRAI (Progetto Riabilitativo Assistenziale Individuale) nell'effettuazione delle prescrizioni (presenza solo di codici prescrittivi) - Allegato 12, art.1, comma 1, 2.

Questa situazione può essere superata con l'integrazione del team multidisciplinare nella stesura dello stesso PRAI.

2. Piuttosto frequente è anche la mancanza di assemblaggio, cablaggio e configurazione, adattamento, manutenzione e riparazione delle tecnologie assistive consegnate alla persona che le richiede. (Rif: All.12: MODALITA' DI EROGAZIONE DELLE PRESTAZIONI DI ASSISTENZA PROTETICA – ART. 3). Da qui l'importanza di inserire nei capitolati di appalto l'obbligo di verifica della compatibilità funzionale e tecnica delle singole unità, di installazione e cablaggio, configurazione hardware e software delle tecnologie per il corretto funzionamento del sistema ICT.

In alternativa a questa soluzione sarà importante specificare e richiedere tale processo nella prescrizione protesica da parte dello specialista.

3. Molte sono le criticità riscontrate nelle modalità di espletamento delle gare pubbliche per l'acquisizione degli ausili, che hanno comportato una riduzione del ventaglio di scelta dei prodotti afferenti a ciascun codice. Non sottovalutando l'ipotesi d'utilizzo di accordi quadro per forniture specifiche come quelle degli ausili ICT, una facilitazione per l'espletamento di gare può essere rappresentata dalla partecipazione del personale tecnico (dipendente, esterno o centri ausili) nella stesura dei capitolati, insieme al personale amministrativo. Laddove questo non sia possibile si ritiene opportuno organizzare una formazione specifica e tecnica per il personale amministrativo che formulerà i capitolati di gara.

La compilazione di un elenco quanto più dettagliato possibile per ciascun codice di tutte le tipologie di ausilio richieste e incluse in tale codice permetterà di preservare la vastità della gamma di scelta degli ausili ICT possibili per la specifica persona richiedente.

4. Altra limitazione evidenziata è l'impossibilità di richiedere per ciascun codice prescrittivo un numero superiore alla singola unità di elementi del sistema di tecnologie assistive avanzate per la stessa persona richiedente (Es. Un codice= un sensore o un codice = un braccio di sostegno).



Sarebbe invece auspicabile definire le specifiche situazioni e per quali specifici dispositivi si possa prevedere la prescrizione di più di una unità con lo stesso codice.

5. Ci sono poi da considerare le problematiche del marchio di sicurezza e marcature CE riferite ai singoli ausili e dispositivi di input, output ecc che possono perdere di validità nel funzionamento degli stessi elementi assemblati in un sistema informatico (intervento di altre variabili nel nuovo sistema).

Introdurre processi di certificazione di garanzia per i sistemi informatici che risultano dall'assemblaggio di singoli dispositivi può garantire maggiore sicurezza d'uso.

6. Da ultimo abbiamo considerato che, tutti i dispositivi informatici di base (pc, tablet, smart-phone), in quanto non dispositivi medici, sono fuori dal nomenclatore e a carico delle spese della persona richiedente. A nostro parere sarebbe opportuno prevedere dei percorsi di supporto per queste spese anche al di fuori del nomenclatore tariffario.

La nostra Associazione Aito è stata lieta di aver potuto dare il proprio contributo alla lettura critica del panorama esistente e si rende sempre disponibile a collaborare nel tentativo di migliorare i processi attuativi futuri in tale ambito.



A.I.T.O.
ASSOCIAZIONE ITALIANA DEI
TERAPISTI OCCUPAZIONALI

<http://www.aito.it/>



Intervento Dr. Cristian Leorin, FLI (Federazione Logopedisti Italiani)

La Logopedia in Italia è rappresentata da F.L.I., Federazione Logopedisti Italiani. F.L.I. è l'Associazione che rappresenta a livello nazionale i **Logopedisti, professione sanitaria della riabilitazione** (disciplina Logopedia). Opera presso tutte le Istituzioni ed il mondo politico a livello nazionale, europeo ed in gran parte del resto del mondo per la tutela e la promozione della Professione del Logopedista.

Sempre più spesso il logopedista è chiamato nel percorso della scelta di dispositivi tecnologici atti a compensare momentaneamente o permanentemente alcune funzioni come quella comunicativa (intesa come la capacità di inviare e/o ricevere un messaggio non solo verbale, basti pensare all'uso che noi facciamo dei nostri smartphone) o ad alcune autonomie come quella di orientarsi nel tempo e nello spazio o nell'eseguire semplici attività di vita quotidiana.

Il logopedista deve essere a conoscenza delle tecnologie, del Nuovo Nomenclatore Tariffario e come esse possano integrare il percorso riabilitativo, partecipando all'equipe multidisciplinare e nella formulazione del piano riabilitativo assistenziale individuale.

Per questo motivo viene sottolineata l'importanza di includere nel percorso formativo universitario le conoscenze di base su tecnologie assistive, comunicazione aumentativa alternativa e soluzioni tecnologiche atte a migliorare le performance delle persone con disabilità, sia in ambito comunicativo che nella vita di tutti i giorni. Inoltre, la possibilità di collaborare anche in fase di studio con altre professioni per sviluppare alla lunga una capacità collaborativa multidisciplinare già durante il percorso di studi.

Dal punto di vista logopedico e come FLI si propone quindi:

- che sia inserito nel percorso di studio universitario la formazione base in ambito Tecnologie Assistive e Comunicazione Aumentativa Alternativa. Grazie a questo poi ci si può formare in maniera più specifica e approfondita attraverso Master o corsi professionalizzanti post laurea.
- Che siano previsti supporti di competenza sia per gli operatori addetti alla prescrizione sia per quelli preposti alla gestione dei percorsi di acquisizione degli ausili da parte del Sistema Sanitario;
- Che si tenga conto dell'esistenza sul territorio italiano di realtà indipendenti dal mercato, che da tempo operano a favore della qualità nell'individuazione, nella proposta e nell'uso efficace degli ausili ICT; la realtà più significativa è costituita dai Centri ausili tecnologici riuniti nella rete italiana GLIC;
- Che si incentivino la creazione di nuovi Centri Ausili come realtà del SSN, o da esso riconosciuti, in quanto fattori di ottimizzazione delle forniture degli ausili ICT.
- Che vengano redatte linee-guida per le gare, risorse di competenza e strumenti per supportare il processo amministrativo, perché sia congruente con quello clinico.
- Che siano organizzati momenti formativi specifici per chi opera nel territorio in modo da riuscire a portare avanti il lavoro dei Centri Ausili e quindi sviluppino il percorso riabilitativo o compensativo con l'utilizzo della ICT.
- Che siano previste prestazioni specifiche come:
 - o adattamento/personalizzazione degli ausili erogati, sulla base di specifiche personali e ambientali,
 - o training personalizzato alla persona con disabilità e al contesto sociale finalizzato all'uso efficace ed efficiente dello strumento erogato.



<https://fli.it/>



Intervento Dr. Mauro Tavarnelli, AIFI (Associazione Italiana Fisioterapisti)

Il tema dell'appropriatezza e dell'efficacia nella fornitura protesica degli ausili ICT pone dei distinguo:

- 1) il percorso necessario per la scelta e la prescrizione;
- 2) quella relativa alle modalità di approvvigionamento della fornitura.

Per il primo punto il nomenclatore previsto nei nuovi LEA pone l'attenzione sul ruolo centrale che riveste l'Equipe in tutti quei contesti in cui si rende necessaria la sua presenza. Se però riteniamo veramente l'ausilio uno strumento fondamentale per il progetto di vita della persona, a quel punto la presenza dell'equipe diventa uno dei cardini del Progetto riabilitativo assistenziale individualizzato e il livello di responsabilità di tutti i componenti deve essere sempre più enfatizzato e, al tempo stesso, riconosciuto e tracciato. Ma bisogna credere in questo e non continuare a farne materia di discussione nei convegni, applicando e divulgando nella pratica quotidiana quei modelli in cui il supporto valutativo al prescrittore di un professionista sanitario o di un team multiprofessionale e multidisciplinare già esistono e sono considerati delle buone prassi, quali ad esempio quelli adottati nei centri ausili a cui, non a caso, il nuovo nomenclatore riconosce ufficialmente tale ruolo.

Ma è necessario andare oltre. Se l'obiettivo è la massima appropriatezza si deve ragionare su una revisione dell'attuale modello prescrittivo. È indubbio come oggi la tecnologia offra sempre più soluzioni avanzate e complesse, che richiedono competenze ad ampio spettro ed aggiornamento assiduo per il continuo ed incessante sviluppo. Per questo, pur riconoscendo il ruolo insostituibile della componente medica nel percorso abilitativo-riabilitativo, non è più sufficiente l'attuale regola medico specialista=prescrittore.

La complessità del sistema per generare appropriatezza, oltre a quanto suddetto in materia di partecipazione multiprofessionale condivisa, porta decisamente verso l'individuazione di un nuovo modello di "professionista sanitario prescrittore", cioè di un professionista del contesto necessitante di una specifica formazione post base da ottenere tramite master dedicato e realizzato in ottemperanza a quanto previsto dalla Legge 43-2006, che non a caso qualifica in tal senso il professionista come "specialista", atto a far acquisire tutto quel livello di competenze necessarie per rendere realmente appropriato un percorso prescrittivo in ICT che nessuna laurea può attualmente generare.

Per quanto riguarda le modalità di approvvigionamento della fornitura è chiaro, come affermato con forza da più stakeholder durante i lavori parlamentari che hanno generato i nuovi Lea, tra cui l'associazione da me presieduta e la Fish (Federazione Italiana Superamento Handicap) in documenti congiunti, che l'acquisto in gara di ausili ICT possa rappresentare la negazione della personalizzazione dell'ausilio e di conseguenza il fallimento del ruolo dello stesso nel progetto di vita individualizzato. Anche qui c'è bisogno di applicare in modo estensivo modelli innovativi già esistenti e sperimentati sul territorio che rispettano gli obiettivi della singola persona con disabilità e la sua volontà di scelta.



<https://aifi.net/>



Intervento Dr. Francesco Bottiglieri, già Ministero della Salute-Direzione Generale Programmazione Sanitaria

Il regolamento dell'assistenza protesica, dm 27 agosto 1999, n.332, a causa del preoccupante ritardo nella pubblicazione delle nuove tariffe degli ausili su misura, non è ancora definitivamente abrogato, ma continua a sorprendere in quanto le sue previsioni, benché non siano un impegno proibitivo per le Asl, sono tuttora largamente e diffusamente disattese.

Provvedimento dal destino singolare, questo.

Nacque accompagnato da forti critiche nonostante contenesse almeno una significativa novità in discontinuità con il passato: dopo una dozzina di nomenclatori chiari come vanno inquadrati nell'ordinamento sanitario italiano i dispositivi su misura e quelli di produzione industriale da cui conseguono percorsi di acquisizione e fornitura diversi; **i primi** sono prestazioni di fabbricazione, adattamento, altro, assoggettate ad una tariffa fissata a livello nazionale, **i secondi**, si acquistano con i metodi e gli strumenti codificati per l'accesso al mercato cui nessuna Pubblica amministrazione può sottrarsi.

In altre parole, imponeva che la risposta alle esigenze dei destinatari fosse articolata almeno in **due diverse forme di offerta**.

In ogni caso, poco dopo la sua approvazione, molti soggetti ne sollecitarono il superamento e poco rileva segnalare oggi che le voci più critiche si levarono proprio dai medesimi soggetti che avevano contribuito ad elaborarlo.

A distanza di 20 anni si chiede a gran voce la sua restaurazione sebbene sia stato definito *"un sistema debole ed inefficace"* ed il ripristino nella formulazione dei tre elenchi di cui il primo, con gli ausili tariffati, dovrebbe includerne la parte più numerosa beninteso con un sensibile rialzo delle remunerazioni per i fornitori.

Non aiuta certo a diradare la confusione il fatto che qualche anno fa almeno due Regioni hanno sottoscritto accordi con le Associazioni del comparto stabilendo condizioni di fornitura e consegna diretta di molti ausili mediante la fissazione di tariffe più vicine a quelle del decreto del 1992 suscitando la perplessità di come possano considerarsi remunerative per gli operatori economici del mercato.

A molti osservatori indipendenti non sfugge che l'assistenza protesica continua a presentarsi come un sistema omeostatico, profondamente autoreferenziale, chiuso ed esclusivo - qui nel senso di volutamente limitato a pochi attori (ad alcuni *players* sono garantite ampie protezioni, ad altri, l'accesso è limitato se non interdetto) - riluttante al confronto e restio alle novità; un coacervo di consuetudini datate, prassi invalse nell'uso spesso fondate su interpretazioni in cui non mancano distorsioni, qualche abuso e troppi opportunismi.

In una parola, un sistema che si sottrae a qualsiasi forma di definizione razionale o inquadramento oggettivo sebbene non sia difficile dimostrare la prevalenza delle criticità applicative nell'effettiva fruizione del diritto rispetto agli enfatizzati limiti strutturali.

E' plausibile quindi che l'impegno del livello centrale a aggiornare, snellire e migliorare le modalità prescrittive e le filiere di fornitura hanno sortito risultati insufficienti perché sono stati pensati per un'assistenza protesica definita dalla successione delle norme che, nei fatti, si è rivelata virtuale rispetto alla realtà operativa quotidiana in cui la pratica, i procedimenti, gli scambi e transazioni ed i rapporti tra gli attori si svolgono in maniera diversa e lontana dal dettato normativo.

I passaggi chiave che portano l'ausilio alla persona sono la prescrizione e la fornitura: a quali dei due attribuire le cause dell'insoddisfazione degli utenti, del malessere degli operatori e del malcontento di tutti? Alla prima, alla seconda o ad entrambe?

La prescrizione

Nel 2017, il legislatore ha voluto inserire nel regolamento la fase progettuale – la formulazione del piano riabilitativo-assistenziale individuale - prima di redigere la prescrizione e il follow-up degli esiti per verificarne i vantaggi del soggetto destinatario. (**All. 12, art.1, comma1**); appare evidente così la volontà di riformare la disciplina introducendo fasi che sottolineano l'importanza dei momenti che precedono la decisione di



prescrivere e obbligano a non considerare concluso il rapporto professionale con gli utenti se non quando l'efficacia e la funzionalità del dispositivo in uso è stata verificata.

Una buona prescrizione è la conseguenza dell'azione stabile e continua di un *team* che operi con approccio multi-professionale e interdisciplinare, con il contributo attivo e consapevole della persona e dei suoi familiari, che valuti adeguatamente l'ambiente ed il contesto di vita dell'utente e fornisca risposte appropriate, pertinenti, efficaci in base all'evidenze scientifiche disponibili; l'individuazione della soluzione migliore non può che discendere dalle capacità di formazione, informazione e aggiornamento di tali *équipe*. Le Commissioni incaricate della revisione hanno fatto sì che le liste degli ausili erogabili si completassero includendo ciò che la riabilitazione considera indispensabile per integrare e supportare i progetti riabilitativo-assistenziali moderni: copertura delle necessità per categorie e tipologie, definizioni univoche, descrizioni concise e chiare, flessibilità rispetto alla tecnologia per individuare gli ausili in termini di prestazioni complessive (valutazioni e confronti del mercato), flessibilità rispetto alle necessità con indicazioni che scongiurino la banalizzazione delle erogazioni come risposta standard ad una determinata situazione di disabilità a prescindere dagli aspetti individuali.

“N.d.T. - Le diverse forme di disabilità, infatti, non sono assoggettabili ad una pur coerente operazione di categorizzazione: ogni persona è diversa e anche due persone che soffrono della stessa patologia (o condizione inabilitante) manifestano tipi di disabilità e patiscono livelli di compromissione delle funzioni sensibilmente diversi (possono coesistere, peraltro, differenti forme e livelli di disabilità); inoltre, le condizioni e le risposte funzionali ai protocolli di riabilitazione possono evolvere nel tempo con dinamiche non del tutto prevedibili.”

L'organizzazione della riabilitazione italiana è migliorata; sono evidenti l'incremento delle capacità, conoscenze, attrezzature e risorse dei professionisti, accresciute le sensibilità e l'empatia degli operatori, noti tanto gli sforzi individuali dei singoli professionisti quanto apprezzato l'impegno delle categorie rappresentative che hanno saputo collegare le diverse esperienze confrontandosi con serenità a livello internazionale; nonostante ciò, poco è stato dedicato agli ausili dove, pacatamente, va rilevato che in letteratura non è mai stata prodotta una *survey* convincente sulle tendenze prescrittive degli specialisti e dei loro *team* e nessuna ricerca ha analizzato l'orientamento italiano in tema di prescrizione di ausili.

La fornitura

Le procedure di acquisto risentono della insufficiente attenzione che le istituzioni hanno riposto al settore: non sono stati sollecitati a farlo dall'interesse dei produttori, dalla distribuzione intermedia, in genere dal mercato che riteneva soddisfacente il mantenimento dell'equilibrio raggiunto e di certo dai forti rapporti di compattezza interna e coerenza tra i soggetti coinvolti senza escludere le caratteristiche psicologiche e sociali dei destinatari tendenzialmente portati alla conservazione più che alla innovazione di cui temevano una contrazione delle tutele e delle garanzie.

Negli ultimi anni la spasmodica e pervasiva attenzione al tema della sostenibilità economico-finanziaria del SSN e le richieste del legislatore di conseguire risparmi adottando processi efficienti e contenendo gli sprechi, sebbene partita da ambiti e contesti differenti a causa del clamore dei troppi casi di malversazione (*ospedali, case di cura, altro*) più sensibili e delicati dal punto di vista dei rapporti tra la politica e l'opinione pubblica, hanno portato all'approvazione di due successivi codici degli appalti in appena dieci anni.

Si tratta di corpi normativi complessi ed articolati ispirati alla dimensione ed alle pratiche europee vissuti dagli operatori come perentoria ed insostituibile soluzione procedimentale imposta dal legislatore nazionale e rinforzata dalle determinazioni applicative regionali

A riguardo dei nuovi vincoli e nessuna opportunità di tali codici, appare doveroso segnalare che:

- 1) adottare con saggezza e consapevolezza gli strumenti del Codice del 2016 vuole dire anche indirizzare le stazioni appaltanti al sistematico confronto concorrenziale dei prodotti offerti dal mercato;
- 2) utilizzare l'offerta economicamente più vantaggiosa (**OEPPV**) aumentando i criteri con cui valutare con più elementi e serenità i prodotti offerti: efficacia e funzionalità, facilità e sicurezza d'uso, la qualità di costruzione, la scelta dei materiali idonei ed adeguati, abbandonando il criterio del prezzo più basso che non ha certo garantito l'acquisto di prodotti di buona qualità;



- 3) non è consentito individuare l'ausilio per modello e marca (**art.68, c.6**) a meno che lo specialista e il *team*, in casi limitati, decidano che il nome brevettato di un prodotto in commercio chiarisca ulteriormente il contenuto della prescrizione agli uffici ma senza volerne per questo suggerire l'acquisto;
- 4) che l'infungibilità nel settore di ausili e dispositivi **si è rivelata un'autentica eccezione ad ogni successivo, approfondito esame**;
- 5) in tema di acquisti sovra-aziendali, la semplice aggregazione dei fabbisogni non costituisce un fattore di autentica efficienza e l'applicazione di procedimenti aggregati non esclude la possibilità delle stazioni appaltanti di espletare acquisti mirati e frammentati;
- 6) le principali preoccupazioni espresse dall'Autorità anticorruzione, piuttosto che sull'uso pur disinvolto o sconsiderato di strumenti e metodi non adatti o privi di supporto normativo e dell'eccessivo e distorto ricorso a proroghe e rinnovi dei contratti di fornitura, attengono più alla fase di esecuzione del contratto **in cui vi è una netta prevalenza di comportamenti discrezionali nell'operato dell'acquirente pubblico**;
- 7) le maggiori garanzie di trasparenza negli accessi al mercato deriva dall'elaborazione competente e ragionata dei capitolati speciali con i quali l'Amministrazione individua le specifiche tecniche, strutturali e funzionali dei prodotti che intende acquistare, precisando quali prestazioni professionali, servizi ed attività di manutenzione sono richieste alle aziende invitate anche con rendicontazione separata;
- 8) le aziende invitate siano numerose e di certo rappresentative anche dei cosiddetti settori di nicchia;
- 9) la costruzione/suddivisione dei lotti deve garantire la convergenza degli interessi dell'amministrazione (*acquistare in base alle proprie esigenze selezionando i prodotti da fornitori diversi in relazione alla relativa qualificazione accorpando più prodotti o categorie per evitare eccessive frammentazioni dei processi*) e degli operatori economici (*ampio confronto competitivo scevro di indebite posizioni di vantaggio*). In altre parole, gli elementi del lotto devono essere assoggettati a criteri di sufficiente omogeneità tecnologica e produttiva ma, nello stesso tempo, non possono essere eccessivamente aggregati limitando le possibilità di accesso di soggetti economici e imprese che producono e/o distribuiscono solo un limitato numero di tecnologie, tradendo la *ratio* della concorrenza perché favorisce le sole aziende in grado di offrire una maggiore varietà di prodotti a prescindere dalla loro qualità intrinseca e riduce artificiosamente l'accesso alle altre.

Come raggiungere un equilibrio tra prescrizione e fornitura

La separazione così netta dei due momenti – pensata per il tipo di organizzazione di 30 anni fa circa (*il primo decreto organico della materia è del 1980*) ed è rimasta pressoché immutata nonostante i profondi mutamenti della sanità - **non ha certo giovato**: nell'offerta di altre prestazioni ed attività sanitarie, di solito, si ragiona e si opera contestualmente su cosa occorre e come procurarlo a vantaggio degli utenti.

La mancanza di dialogo ha qui generato un clima di sospetto e di sfiducia tra il mondo sanitario e quello amministrativo all'interno di contesti con logiche e dinamiche differenti ed inconciliabili, con contatti difficili, sporadici, sovente avvelenati come impegnati in una perenne contesa, un braccio di forza o una sfida di poteri che ha minato la credibilità dell'istituzione.

In considerazione del fatto che la revisione dell'assistenza protesica comporta il passaggio da un regolamento che "detta" disposizioni cui attenersi all'assunzione di una maggiore responsabilità, autonomia, discrezionalità di prescrittori e *team* con la costante adozione di processi valutativi individuali da cui far discendere la configurazione dell'ausilio corredata dagli accessori giusti, la scelta di misure, taglie e dimensioni dei dispositivi prescritti, l'indicazione di quando riparare se necessario o rinnovare l'ausilio con un nuovo acquisto, con il conforto di non essere esposti a induzioni o pressioni (*utente, mercato, Asl*) e non limitandosi a compilare o firmare la prescrizione, è **FONDAMENTALE impegnarsi ad ottenere** la tipologia individuata e quindi **sostenere le ragioni** clinico-riabilitative rilevate, accertate e certificate confrontandosi e scontrandosi con le componenti amministrativo-dirigenziali per riaffermare la giustezza del proprio intervento professionale ed umano.



La domanda è: perché l'impegno dei tanti si affievolisce o si perde del tutto quando occorre interagire con i responsabili degli acquisti e con i provveditori? Tanto innaturale è mantenere la tensione positiva per interagire con essi, **senza prendere ordini e senza pretendere di darne?**

Tutte le norme hanno costantemente previsto che la prescrizione sia accompagnata dal programma terapeutico di utilizzo per l'Asl, da una relazione tecnica in cui chiarire e motivare il contenuto della richiesta e un'esauriente informazione sull'ausilio selezionato qualsiasi modello cartaceo sia in uso: quante volte, viceversa la prescrizione è solo il modello cartaceo senza allegati né altre indicazioni?

D'altro canto, quante volte gli uffici preposti autorizzano un preventivo, incresciosamente richiesto ed esibito dall'utente o da un suo congiunto, quante volte si limitano a fornire l'ausilio aggiudicato in gara che non corrisponde affatto a quello prescritto con la pretesa che debba adattarsi ad esigenze riabilitative e funzionali profondamente diverse tra loro e avendolo acquistato con un capitolato di gara che non riportava le caratteristiche e i requisiti indicati negli elenchi dei nomenclatori, originando una sorta di confusa trattativa/negoziato con l'assistito che svilisce il senso della fruizione di un diritto?

Per dispositivi di largo consumo sono frequenti forniture in cui le Asl, convinte di risparmiare, abdicano ad ogni responsabilità avendo interamente delegato le consegne ad una azienda contrattualizzata che si è aggiudicata il servizio mediante gara o affido.

Una totale asimmetria informativa espone le persone al rapporto diretto con un soggetto privato, impedisce qualsiasi capacità di controllo sulla qualità del materiale consegnato, di monitoraggio del servizio appaltato e persino sulla quantità erogata, soggetta a razionamenti o tagli nell'ipotesi che l'azienda proponga di cambiare le tipologie negoziate magnificando le prestazioni di un prodotto di qualità superiore - che costa naturalmente di più - e che comporta l'esborso di una cifra che è la differenza tra il costo contrattualizzato ed il prezzo di acquisto a listino.

Non stupisce che s'innescino contenziosi e conflitti con l'intervento dei media o della Magistratura che impone una procedura d'urgenza alla direzione delle Asl obbligandola a fornire il modello (quasi sempre) al top della gamma e a prezzo pieno di mercato.

Le ricette per porre rimedio a situazioni così complesse e delicate non sono mai semplici: può aiutare applicare il semplice buon senso e suggerire comportamenti dettati dall'impegno e dalla buona volontà piuttosto che ricorrere a norme, regolamenti e discipline inevitabilmente vissute da tutti come imposizioni esterne.

E' **RAGIONEVOLE** che l'ordinatore sia coinvolto e si coinvolga maggiormente nei processi di fornitura e che l'acquirente ascolti le sue ragioni e, insieme, esplorino meglio le potenzialità di un mercato così dinamico; si garantisca l'osservanza delle norme in discontinuità con le "abitudini" del passato, senza quell'eccessivo rigore e con la necessaria flessibilità che persino i codici contemplano (*dotarsi di procedure che assicurino forniture alternative, predisposizione di atti per la valutazione delle prestazioni professionali necessarie al buon uso degli ausili*); le direzioni delle Asl comprendano le particolari esigenze degli utilizzatori e superino logiche economicistiche anche in considerazione della modesta incidenza del settore nel complesso della spesa.

Il contributo delle Regioni

SAREBBERO FORTEMENTE RACCOMANDATE:

azioni di contrasto a procedure non in linea con le norme nazionali, né con le intese e gli accordi sottoscritti in sedi istituzionali vincendo l'abituale rassegnazione verso il settore;

favorire la coesistenza tra strumenti di acquisto a domanda aggregata e non aggregata inquadrando gli ausili in fasce di tecnologia medio-bassa (centrali di acquisto) e tecnologia complessa (acquisti mirati);

implementazione degli osservatori regionali dedicati a questo settore aperti a società scientifiche, professionali, alle associazioni e al terzo settore;

maggiori investimenti in attrezzature informatiche, risorse tecnologiche e umane degli uffici preposti con addetti da selezionare preferibilmente in modo mirato;



attivazione di un “centro ausili” regionale per svolgere divulgazione e informazione nel settore, fornire un supporto professionale personalizzato alle persone disabili, ai loro familiari, agli operatori che li curano, validare le prescrizioni complesse, sostenere gli utenti per affrontare concretamente le prospettive di miglioramento della qualità di vita e autonomia stimolando l’uso corretto degli ausili;
contabilizzare e monitorare separatamente la spesa per la protesica adottando i rapporti costo/benefici e costo/utilità per gli esiti e ricorso al *benchmarking* per monitorare nel tempo i risultati con altre Amministrazioni.

Il contributo delle Asl

Gli **INTERVENTI CUI PENSARE** sono:

utilizzare pienamente gli elenchi revisionati degli ausili di produzione industriale come occasione per sviluppare sinergie operative e un “patto collaborativo” tra differenti competenze con una sostenibilità non emergenziale ma stabile e costante;

reengineering dei processi scegliendo modelli adatti al territorio evitando di utilizzare la protesica come canale per fornire prodotti *border-line* che non trovano altre collocazioni;

completa rivisitazione degli appalti, divieto di frazionamento artificioso, rinuncia all’abuso di proroghe e rinnovi, criteri di confronto realistici, oggettivi e misurabili, costituzione di lotti di acquisto funzionali;

evitare che la conoscenza degli ausili dipenda solo dalle informazioni assunte dai fornitori;

governare i conflitti tra posizioni dominanti, raffreddare i personalismi e le rivendicazioni di alcune categorie, limitare le “rese dei conti” tra imprenditori concorrenti nei processi di erogazione tra imprenditori concorrenti, vigilare su eventuali deroghe di responsabilità attuate dagli uffici;

istituire formalmente il servizio di riutilizzo degli ausili senza timori né resistenza interessate da affiancare all’acquisto del nuovo;

coinvolgere i componenti degli staff per assicurare consenso, motivazione e spinta al cambiamento, recupero di margini di efficienza (*performance-measurement*) attraverso la gestione snella e razionale dei singoli “passaggi”.

E’ dunque il momento di compiere uno sforzo per contenere gli evidenziati rischi di inefficienza al fine di superare le debolezze del sistema, contenere le scorciatoie e indirizzare il settore verso una normalità a misura delle persone in cui non siano esse ad adattarsi alle regole del Servizio sanitario, ma in cui accada il contrario.



SINTESI DEL TAVOLO DI LAVORO 1

“La qualità nel percorso prescrittivo”

Coordinatore Tavolo: ing. Renzo Andrich

La vivacissima e costruttiva discussione che ha caratterizzato il workshop ha fatto emergere varie proposte operative, alcune mirate al miglioramento del sistema di assistenza protesica (“il sistema che vorremmo”), altre a costruire le migliori prassi possibili nel contesto del sistema così com’è (simpaticamente sintetizzate nel motto “come sopravvivere nel sistema attuale”).

Il **primo gruppo** (“il sistema che vorremmo”) comprende sostanzialmente quattro proposte, che richiedono approfondimenti scientifici ed interventi normativi:

- Assicurare un’efficace **formazione** degli operatori coinvolti, a tre livelli: 1) un **primo livello** (formazione di base sugli ausili) per tutti gli operatori della riabilitazione, inserita direttamente nei corsi di laurea, oppure temporaneamente compensata, laddove non ancora inserita nei corsi di laurea, da corsi alta formazione ad hoc; 2) un **secondo livello** (master universitario) abilitante alla prescrizione degli ausili; 3) un **terzo livello** per chi opera a livello di sistema (programmazione, procedure di fornitura ecc.).
- Mettere a sistema i **Centri Ausili**, con modalità che possono essere attinte da esperienze già in atto in varie regioni (es. il Centro Ausili regionale istituito dalla Regione Friuli VG; il Centro Regionale Ausili istituito dalla Regione Emilia Romagna; i Laboratori Zonali Ausili istituiti dalla Regione Toscana per zone vaste; i centri di riferimento per le prescrizioni specialistiche in cui certe regioni accentrano le prescrizioni di determinati ausili quali ad es. puntatori oculari, protesi di arto, ecc..).
- Inserire strutturalmente nel sistema anche i **professionisti non sanitari** che si rendono necessari per certe tipologie di ausili (ad es. ingegneri o tecnici informatici per gli ausili ICT).
- Ridisegnare il percorso ausili ottimale attraverso una **consensus conference** che metta attorno al tavolo tutti gli attori coinvolti, sia tecnici che istituzionali.

Il **secondo gruppo** di proposte (“come sopravvivere nel sistema attuale”) parte dalla constatazione che è fuorviante riassumere il successo di un intervento protesico, come spesso si fa, nel termine “prescrizione appropriata”. La prescrizione è infatti solo il momento decisionale che intercorre tra un momento progettuale (valutazione) in cui si analizzano i bisogni e si individuano gli ausili opportuni, e un momento attuativo (fornitura) in cui la decisione si concretizza in una soluzione assistiva personalizzata e funzionante. Occorre piuttosto parlare di **valutazione appropriata** e di **fornitura appropriata**, che nel complesso – a patto ovviamente che la prescrizione sia fondata sulla valutazione - definiscono la qualità del percorso.

Ciò premesso, le proposte operative realisticamente perseguibili nel sistema attuale sono le seguenti:

- Consolidare il concetto, già previsto (almeno sulla carta) sulla carta dalle Linee Guide per la Riabilitazione, che il percorso ausili debba essere inserito come **parte integrante del PRI** (Piano Riabilitativo Individualizzato) o **del PRAI** (Piano Riabilitativo Assistenziale Individualizzato) prevedendo una tempistica che consenta, ove possibile, di 1) iniziare la **valutazione** non appena le condizioni cliniche lo consentono; 2) arrivare alla **fornitura** degli ausili prescritti quando l’utente è ancora in trattamento, in modo da poter



verificare/collaudare gli ausili forniti (l'esperienza ci informa che spesso gli ausili effettivamente forniti sono diversi da quelli suggeriti), bloccare eventuali forniture inappropriate e fornire il necessario training prima della dimissione; 3) programmare un **follow-up** a opportuna distanza di tempo per verificarne l'effettiva efficacia.

- Consolidare il concetto, erroneamente ed anacronisticamente contestato in alcune regioni e ASL, che **le attività di valutazione e verifica ausili sono parte integrante delle "sedute di terapia"** eseguite dai professionisti il cui profilo professionale consenta tale attività (terapisti occupazionali, fisioterapisti, logopedisti, Tnpee). Solo in questo modo sarà possibile attuare quanto sopra, ossia inserire efficacemente il percorso ausili nel piano riabilitativo, ed attuare quando necessario una "valutazione dinamica" (percorso graduale di rivalutazioni e riconfigurazioni nell'ambito di un programma riabilitativo fino ad arrivare alla soluzione definitiva, come è spesso necessario fare ad es. nei programmi di comunicazione aumentativa e alternativa).
- Caratterizzare la **valutazione** (momento progettuale) come momento distinto dalla **prescrizione** (momento decisionale). Seguendo la buona prassi comune nei centri ausili, è bene portare a termine la valutazione con la produzione di una **relazione di valutazione** che sia il più precisa possibile. Al contrario della prescrizione – che può indicare solo *tipologie di prodotti prescrivibili* – la relazione di valutazione potrà recare anche esempi concreti di prodotti (marca e modello), e se necessario non si limiterà a soli prodotti prescrivibili SSN.
- **Rispettare la responsabilità che si assume il prescrittore**, astenendosi in fase autorizzativa da interpretazioni impropriamente restrittive delle indicazioni a volte fornite dagli elenchi del Nomenclatore sulla platea dei destinatari (è stato fatto in proposito l'esempio delle specifiche del capitolo 22.21 nell'Elenco 2b, ove le indicazioni dei destinatari sono state scritte con una terminologia approssimativa che se fosse letta nel suo preciso significato scientifico escluderebbe ad esempio, in presumibile contrasto con le intenzioni degli estensori del testo, persone con autismo; è stato anche citato l'ormai classico esempio di quelle ASL che ancora rifiutano la prescrizione della carrozzina assieme al letto interpretando erroneamente il termine "permanentemente allettato" come "non esce mai dal letto quindi non ha bisogno di carrozzina").
- Le **aziende fornitrici** sono parte integrante del percorso: nelle realtà locali occorre costruire con esse percorsi di collaborazione virtuosa a tutela della qualità della fornitura, della libertà di scelta dell'utente e della prevenzione di conflitti d'interesse. Ciò si può fare: 1) dal lato azienda, dotandosi di un codice di comportamento (apprezzato è l'esempio di AssoAusili, che ha posto la sottoscrizione del codice di comportamento quale requisito obbligatorio per l'ammissione); 2) dal lato ente erogatore, dotandosi di un regolamento per l'accesso dei tecnici delle aziende disposte a collaborare alle valutazioni in team con gli operatori (molti enti l'hanno già fatto; v. ad es. il regolamento aziende della Fondazione Don Gnocchi liberamente scaricabile dal Portale SIVA); 3) ancora dal lato ente erogatore, istituendo strumenti di tutela della libertà di scelta dell'utente (v. ad es. l'ASL di Terni che ammette solo aziende che l'utente abbia prima liberamente scelto).



SINTESI DEL TAVOLO DI LAVORO 2

“La qualità nelle procedure d’acquisto e di fornitura”

Coordinatore del Tavolo: dr. Francesco Bottiglieri

La discussione sulla “qualità nelle procedure d’acquisto” è stata molto partecipata e densa di contenuti, esperienze e considerazioni. Il confronto fra i partecipanti, nonostante la complessità dell’argomento, è stato dinamico e in certi momenti appassionato, i partecipanti hanno fornito numerosi spunti di riflessione sulle difficoltà e sulle possibilità per vedere attuate procedure appropriate di acquisto per gli ausili tecnologici. I punti salienti emersi vengono presentati a partire dalle considerazioni di fondo, le criticità per poi delineare le soluzioni su cui vi è stata convergenza.

DA DOVE PARTIAMO?

Anche a seguito delle relazioni del mattino, dai presenti emergono alcune considerazioni di fondo.

- Gli ausili ICT richiedono percorsi personalizzati.
- L’appropriatezza della fornitura protesica non si gioca solo sulla fase prescrittiva o quella amministrativa, ma è garantita solo se vi è un’adeguata qualità del processo complessivo.
- L’ausilio ICT è molto spesso composto da più dispositivi e per garantire la scelta corretta devono essere garantite caratteristiche tecniche e funzionali.
- Quando si sviluppa un ragionamento sugli ausili ICT occorre considerare anche la rapida evoluzione dei prodotti e la possibilità che nella fornitura entri un prodotto di “mainstream”, come ad es. un hardware di largo mercato.
- Occorre garantire una reale personalizzazione della fornitura attraverso forme “sostenibili”
- Il mercato degli ausili ICT è di fatto una porzione minimale dell’intero panorama della protesica nazionale.

QUAL’E’ LA SITUAZIONE “SU CAMPO”?

Nel corso del confronto sono emerse diverse criticità.

- 1) La disomogeneità di esperienze** nell’applicazione di procedure per l’acquisizione degli ausili ICT, riconducibile fra gli altri ai seguenti fattori:
 - a) il federalismo regionale, con il quale occorre fare i conti in quanto fattore condizionante per qualsiasi misura amministrativa; si rileva l’assenza di linee di indirizzo centrali che riconoscano lo specifico delle soluzioni ICT; pochissime regioni all’oggi hanno emesso linee-guida operative con indicazioni specifiche;
 - b) in alcuni territori alcune procedure sono state sperimentate procedure post-prescrizione, mentre in altri vengono ritenute non fattibili;
 - c) il fatto che gli ausili ICT, siano o meno da considerarsi dispositivi medici, aspetto che non appare risolto in modo univoco; anche il tema della fornitura dell’hardware di “mainstream” è diversamente affrontato nei territori.
- 2) L’“anomalia” del Nomenclatore:** le tecnologie sono classificate all’interno dell’elenco 2B (ausili di serie pronti per l’uso, ovvero soluzioni per la cui applicazione non sia necessario un tecnico specializzato): l’esperienza evidenzia il fatto che immaginare la fornitura di ausili complessi e da personalizzare alla stregua di strumenti “pronti per l’uso” indirizza le procedure d’acquisto su binari inappropriati, (in assenza di uno specifico approfondimento e/o di un adeguato supporto tecnico al team amministrativo).
- 3) La posizione dell’apparato amministrativo** evidenzia di diverse problematiche:
 - a) la scarsa o nulla conoscenza del settore degli ausili ICT da parte degli operatori e dei decisori amministrativi, quali appaiono orientati ad utilizzare procedure consolidate che vengono applicate indistintamente su diverse tipologie di ausili, ma questo crea problemi per gli ausili ICT in termini di appropriatezza delle forniture;



- b) l'operatore amministrativo non ha competenze tecniche per valutare due prodotti diversi confrontandoli con le caratteristiche individuate dal medico prescrittore;
- c) l'applicazione di procedure di gara "standard" (su tipologia di prodotto/codice di Nomenclatore) fa sì che spesso l'ausilio fornito sia diverso da quello pensato dal prescrittore;
- d) le gare a prodotto rischiano di selezionare solo pochi prodotti che non soddisfano la variabilità di richieste; non trovando i prodotti in gara occorre fare acquisti post-prescrizione in economia, modalità tradizionalmente deprecata all'interno delle amministrazioni delle ASL perchè rischiano di rendere troppo pesante il carico amministrativo e allungare i tempi di fornitura;
- e) l'aspetto "sartoriale" della fornitura di ausili ICT è compatibile con il codice degli appalti ma la conoscenza delle opportunità procedurali differenziate per tipologia di ausilio non è ancora parte del bagaglio degli apparati amministrativi, i quali hanno competenze ed esperienze su altre tipologie di ausilio, non generalizzabili tout-court agli ausili ICT.

4) Il dialogo tra fase prescrittiva e fase amministrativa

Si constata il fatto che spesso vi è una separazione tra la fase clinica e quella prescrittiva; anche il ruolo del PRAI nella realtà delle esperienze presentate non risulta adeguatamente valorizzato.

5) Il tema dell'hardware "mainstream": la fornitura di software "speciale" senza la fornitura dell'hardware standard (es. pc, tablet, smartphone) è una modalità praticata in molte ASL per la paura del "consumismo tecnologico". Laddove si lavori sulla personalizzazione, molto spesso è invece necessario fornire l'ausilio completo. Il costo dell'hardware di mainstream nella gran parte dei casi non è complessivamente rilevante e in futuro lo sarà ancora di meno.

Sono state inoltre affrontate situazioni problematiche che si sono verificate in alcune regioni: tutte queste criticità evidenziano la **necessità di prendere in considerazione il settore degli ausili ICT come peculiare.**

COSA SI PUÒ FARE?

Dalla discussione emerge il consenso dei presenti su alcuni "fondamenti".

1. Gli ausili ICT richiedono **PERCORSI PERSONALIZZATI e ACQUISTI MIRATI**

2. **Si possono acquisire ausili con MODALITÀ DIVERSE PER TIPOLOGIE DIVERSE.**

E' possibile infatti identificare tre fasce di prodotti:

A. Ausili che *non hanno bisogno di fornitura personalizzata o di servizi aggiuntivi di personalizzazione o adattamento* (in altre parole gli ausili effettivamente adatti all'elenco 2B): *gli ausili ICT in questa fascia sono davvero pochissimi*, quelli a bassissimo livello tecnologico o di complessità, tali per cui la differenziazione dei prodotti dello stesso codice sia limitata ad un numero esiguo di caratteristiche. In questo caso può essere espletata una classica *gara a prodotto* individuando le caratteristiche salienti, richiedendo al fornitore la compilazione di una griglia standard di informazioni (che consenta un'efficace comparazione dei prodotti). Per ogni codice di nomenclatore di questo tipo possono essere messi in gara più versioni di prodotto che si ritiene possano coprire il fabbisogno.

B. Ausili che hanno bisogno di *fornitura personalizzata o di servizi aggiuntivi di personalizzazione o adattamento*, come nella *quasi totalità delle soluzioni ICT*: la procedura d'acquisto che meglio si adatta è *l'accordo quadro* con più soggetti economici, che prevede la possibilità da parte della USL di acquisire, dopo la prescrizione, più modelli di ausili ICT da diversi fornitori accreditati. In questo caso possono vincere più aziende che renderanno disponibile il loro listino con prezzi fissati per il periodo di gara, relativo a prodotti che corrispondono ai codici del nomenclatore richiesti. In questo tipo di gara è opportuno fissare dei criteri che qualifichino non solo il prodotto ma anche l'azienda (es. numero di classi nomenclatore coperte, velocità di consegna, anni di esperienza, personale presente, tipologia di servizi erogabili a corredo del prodotto e post-fornitura, fatturato minimo



aziendale, ...) e determinare a priori quali saranno le regole di scelta dell'azienda a parità di prodotto (altrimenti occorrerà fare ogni volta una seconda mini-gara tra le vincitrici). Occorre determinare a priori anche la possibilità di aggiornare il listino (per i prodotti già presenti solo al ribasso, o inserimento di nuovi prodotti durante la validità della gara). Questa modalità consente al prescrittore di individuare, senza problemi sul piano amministrativo, il modello esatto dell'ausilio richiesto dato che i prodotti sono disponibili a listino già aggiudicato: questo comporta una minor complessità per il prescrittore ed evita i problemi relativi a una scelta arbitraria di modelli da parte dell'operatore amministrativo. Questa modalità appare la più efficace ed efficiente per le forniture personalizzate a costituire il sistema-ausilio.

- C. La terza fascia di ausili è quella per cui, a fronte del processo di valutazione, siano individuati dei *prodotti che non sono compresi nei listini aggiudicati*. In questo caso sarà necessario una mini-gara post-prescrizione chiedendo almeno tre preventivi (sottosoglia). Il carico amministrativo in questo caso è più rilevante: si osserva però che la casistica nei fatti è talmente limitata da non dover costituire a priori fonte di preoccupazione.

3. Occorre sviluppare una COMUNICAZIONE EFFICACE FRA LA FASE PRESCRITTIVA E QUELLA AMMINISTRATIVA

A questo scopo si ritiene necessario incrementare la capacità descrittiva della prescrizione rispetto all'ausilio (nel PRAI e/o con modulistica dedicata), facendo sì che, grazie alle necessarie specifiche tecnico-funzionali, la fase amministrativa si sviluppi verso le soluzioni effettivamente appropriate all'utente in questione.

4. Occorre una FORMAZIONE DI BASE DEGLI OPERATORI AMMINISTRATIVI

Mentre stanno crescendo le offerte formative sul nuovo Nomenclatore rivolte ai clinici, si osserva che il personale amministrativo si trova spesso ad affrontare temi che, per il lessico tecnologico e l'innovatività dei dispositivi, non è in grado di decodificare o di trattare in modo adeguato. Appare quindi necessario ipotizzare anche una formazione di base rivolta agli operatori dell'apparato amministrativo, in cui trasmettere tanto una informazione (di base ma strutturata) sul mondo degli ausili tecnologici, quanto una formazione sulle modalità più appropriate per l'espletazione delle procedure d'acquisto.

5. I CENTRI AUSILI

Sono attori di riconosciuta rilevanza a supporto per la qualità del processo di fornitura protesica sia al team prescrittivo che a quello amministrativo e anche raccordo con il mercato: **occorre garantire la presenza e riconoscere le prestazioni: almeno 1 Centro Ausili per ogni regione.**

- 6. **POSSIBILI SVILUPPI: REPERTORIO** dedicato agli ausili ICT, si tratterebbe di un repertorio nazionale limitato ai soli ausili elettronici ed informatici, cosa che appare sensata alla luce delle molte peculiarità di questo settore. È emersa l'ipotesi di "salvaguardare" le specificità prescrittive degli ausili tecnologici attraverso la costruzione di un "**Repertorio degli ausili ICT**", tale repertorio è considerato auspicabile e fattibile anche in considerazione del basso numero di soluzioni da includere.



Per eventuali richieste di approfondimento e/o di materiale (presentazioni, registrazioni Audio/video) rivolgersi ai referenti scientifici del Convegno:

Ing. Claudio Bitelli-GLIC: c.bitelli@centriausili.it
Dr. Filippo Borghi-Assoausili presidente@assoausili.org