

ASSISTENZA PROTESICA E PUBBLICHE PROCEDURE DI ACQUISTO: I MOTIVI DELLA RICERCA.



Linee per l'attuazione del D.M. 27 agosto 1999, n° 332
*“Regolamento recante norme per le prestazioni di
Assistenza Protesica erogabili nell'ambito del Servizio
sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe”*

Gruppo di lavoro coordinato da CSR e SIMFER
con la partecipazione di Consip e rappresentanti
di Regioni, ASL e associazioni di categoria



0 PRESENTAZIONE

ASSISTENZA PROTETICA E PUBBLICHE PROCEDURE DI ACQUISTO: I MOTIVI DELLA RICERCA.

Maria Teresa Agati, CSR; Gaspare Crimi, SIMFER.



Un lavoro, durato oltre due anni e che ha coinvolto diverse figure professionali e rappresentanti di diverse organizzazioni, pubbliche e private, ha esaminato gli aspetti più critici dell'attuale normativa che governa l'assistenza in materia di ausili per persone disabili per prospettare soluzioni praticabili.

Il confronto di tante competenze, necessità, esperienze ha prodotto non solo la pubblicazione "Assistenza Protetica e Pubbliche Procedure di Acquisto" ma un reciproco arricchimento su molti dei temi legati alla fornitura di ausili.

0.0 Elementi introduttivi

a cura di Maria Teresa Agati, Gaspare Crimi

0.1 Un po' di storia

La pubblicazione, nel 1999, del "D.M. 332/99 - Regolamento recante norme per le prestazioni di assistenza protesica erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale: modalità di erogazione e tariffe" avvenne dopo un iter lungo e travagliato. La "Commissione ministeriale per la protesica" aveva finito i suoi lavori nel 1995 ma il decreto vide la luce solo dopo quattro anni a causa dei rilievi della Corte dei Conti che, con lettera al Ministero della Sanità, subordinò la registrazione del decreto al parere dell'Autorità garante della concorrenza e del mercato "riguardo ai possibili profili di incompatibilità... sotto l'aspetto dell'individuazione dei soggetti da ritenere legittimati alla commercializzazione delle singole categorie dei dispositivi... I rilievi formulati dalla Corte dei Conti hanno riguardato anche le modalità di determinazione dei prezzi di riferimento dei dispositivi contemplati negli elenchi allegati al Nomenclatore..." .

Le osservazioni dell'AGCM imposero una rivalutazione del consolidato sistema di tariffe e rete distributiva -costituita da strutture territoriali gestite da tecnici abilitati per i dispositivi *ad personam* e da sanitarie o punti di distribuzione commerciali per gli ausili standard- e la ricerca di nuove modalità di individuazione dei fornitori e di determinazione dei prezzi di acquisto, almeno per una parte di dispositivi.

Si convenne di conseguenza che, per l'erogazione dei dispositivi inclusi negli elenchi 2 e 3 del Nomenclatore, cioè dei "...dispositivi (ausili tecnici) di serie la cui applicazione o consegna non richiede l'intervento del tecnico abilitato" e di quelli "...acquistati direttamente dalle aziende unità sanitarie locali (Usl) ed assegnati in uso..." "...le regioni o le aziende Usl stipulano contratti con i fornitori aggiudicatari delle procedure pubbliche di acquisto..."⁽¹⁾, che sono anche lo strumento per individuare i prezzi da corrispondere.

¹ D.M. 332/99, art. 3, comma 4

L'introduzione di regole nuove su un impianto realizzato per essere gestito attraverso i tradizionali canali di erogazione distribuiti sul territorio ed aperti al pubblico avrebbe richiesto una revisione strutturale con la riorganizzazione complessiva degli elenchi e l'analisi – tipologia per tipologia – di quali dispositivi appropriatamente potessero essere acquistati con gare e di quali, invece, la modalità corretta di fornitura è costituita dalla scelta uno ad uno (modello e adattamento in relazione alle specifiche necessità e caratteristiche della persona cui l'ausilio è destinato). Così invece non è stato; la necessità di non procrastinare ulteriormente l'uscita del provvedimento (abbondantemente in ritardo rispetto ai tempi prescritti – il nuovo Nomenclatore avrebbe dovuto essere pubblicato nel 1995) ha fatto sì che venissero mantenuti i classici criteri di suddivisione degli elenchi, basati sostanzialmente sulla necessità o meno di un tecnico abilitato per la realizzazione e/o per l'applicazione, operando un sommario ed affrettato trasferimento di alcuni dispositivi dall'elenco 1 (dispositivi per cui è indispensabile il tecnico abilitato) all'elenco 2 (dispositivi di serie per i quali il tecnico non è richiesto). La consapevolezza dell'approssimazione con cui il provvedimento era stato adattato alle osservazioni dell'AGCM era tale da far scrivere nel primo comma dell'art. 1 che il D.M. avrebbe avuto validità sino al 31 dicembre 2000, data entro la quale *"...il Ministro della sanità provvede a ridefinire la disciplina dell'assistenza protesica e le tariffe massime da corrispondere ai soggetti erogatori dei dispositivi di cui all'elenco 1 del nomenclatore..."*.

0.2 D.M.332/99 e gare d'appalto: le criticità più evidenti

Ad oggi però la ridefinizione che avrebbe dovuto vedere la luce entro il 31 dicembre 2000 non c'è ancora ed il rispetto delle prescrizioni contenute nel decreto relativamente a come acquistare talune tipologie di dispositivi (a quali fornitori rivolgersi e a quali prezzi di acquisto) causa non pochi problemi. Per la pubblica amministrazione l'utilizzo di pubbliche procedure di acquisto è un processo normale: quali sono dunque le particolari difficoltà in questo settore?

Parecchie; proviamo ad elencare le principali.

- Della prima abbiamo già detto; la suddivisione tra quanto è acquistabile a gara e quanto invece deve essere lasciato ad una scelta "one by one"

appare per molti aspetti impropria. Se per alcune tipologie di ausili incluse nell'elenco 2 l'acquisto di quantitativi dello stesso prodotto (marca e modello) sufficienti a soddisfare il fabbisogno dell'intero bacino d'utenza per un periodo tale da giustificare l'istituzione di una pubblica gara non crea particolari dubbi, per altre tipologie appare decisamente improprio, inadatto a *"...soddisfare le specifiche esigenze degli assistiti"* quando non incongruo rispetto agli esigui quantitativi annualmente forniti; nello stesso tempo, altre tipologie che sono rimaste nell'elenco 1 appaiono del tutto standard e quindi non è giustificato il fatto che non possano essere acquistate attraverso una pubblica procedura. È il caso ad esempio delle carrozzine pieghevoli non personalizzabili ancora incluse nell'elenco 1 (si ritiene utile una suddivisione tra pieghevoli personalizzabili e pieghevoli standard) come, al contrario, di alcune particolari tipologie di deambulatori per pazienti con bisogni speciali (età evolutiva, gravi patologie neurologiche che richiedono l'applicazione di sostegni personalizzati) incluse nell'elenco 2.

- L'inappropriatezza della discriminante tra le due modalità di acquisto di fatto quasi delegittima questo aspetto della norma; molte ASL, nonostante il D.M.332/ prescriba che *"l'erogazione dei dispositivi secondo le modalità già in essere"* possa continuare *"...non oltre 90 giorni dalla data di entrata in vigore del regolamento"* non hanno ancora ritenuto di procedere con gare di appalto e continuano ad utilizzare per i loro acquisti *"le modalità già in essere"* e le tariffe che erano presenti nel precedente decreto, quello del '92, mentre altre includono nelle loro gare, oltre ai dispositivi dell'elenco 2, tipologie appartenenti all'elenco 1, spesso non limitandosi alle carrozzine pieghevoli standard ma allargando la gara a dispositivi dell'elenco 1, quali ad esempio le carrozzine superleggere o i sistemi di postura, inconciliabili con un acquisto in blocco di modelli tutti uguali.

- La situazione è ulteriormente complicata da un altro fattore, la modalità con cui sono definiti i dispositivi: gli elenchi sono costituiti da una spesso "autarchica" denominazione della tipologia corredata da una **generica** descrizione di alcuni requisiti tecnici che devono essere posseduti dai dispositivi perché ne sia autorizzabile la fornitura. Non è presente alcun sistema di accreditamento delle marche e modelli rientranti in ciascuna tipologia e l'unica discriminante per l'accesso è costituita dal possesso dei requisiti descritti. Ora, senza soffermarci qui sul fatto che gli stessi requisiti possono essere posseduti da dispositivi "commerciali" di valore

estremamente diverso tra loro (che pure costituisce un serio motivo di preoccupazione circa la giusta corrispondenza tra valore del dispositivo e tariffa/prezzo corrisposto), il vero problema è costituito dal fatto che gli elenchi (e di conseguenza le denominazioni e le descrizioni) sono stati redatti prima del 1995 e di conseguenza si riferiscono alle caratteristiche dei prodotti allora presenti sul mercato. È pur vero che, proprio per non identificare uno specifico modello e consentire l'accesso al sistema di una gamma di prodotti abbastanza ampia, le indicazioni sono piuttosto generiche e quindi non sempre costituiscono una barriera insormontabile per l'accesso, ma proprio a causa di ciò, come a causa della vetustà delle descrizioni, appaiono del tutto inadeguate a costituire appropriate specifiche tecniche, sufficientemente precise per definire l'oggetto esatto dell'appalto ed impedire l'accesso di prodotti non idonei. Per sopperire a questa criticità, molte delle ASL che si sono cimentate nella realizzazione di gare per la cosiddetta "protesica", nel definire il capitolato tecnico hanno quindi modificato o integrato le descrizioni contenute negli elenchi talvolta con risultati pregevoli, delineando le caratteristiche essenziali di dispositivi moderni, sicuri, funzionalmente adeguati, tal'altra invece inventando descrizioni a dir poco fantasiose o individuanti funzioni (e di conseguenza dispositivi) sicuramente diverse da quelli che il legislatore aveva in mente nel momento di scrittura degli elenchi. Se appare scontato che le sole indicazioni contenute negli elenchi del D.M.332/99 sono insufficienti a costituire una discriminante appropriata per l'accesso, fino a che punto è dunque legittimo intervenire sulle descrizioni nel redigere le specifiche tecniche di un capitolato?

- C'è una terza situazione che rende ancora più complicato il quadro che si è venuto a creare con la giustapposizione del sistema d'acquisto a mezzo gara su un impianto creato per canali diversi di distribuzione, ed è quella relativa all'applicabilità del criterio di riconducibilità quando i dispositivi sono acquistati tramite, appunto, una gara d'appalto. Il fatto che l'assistito che desidera un "tipo" o un "modello" di dispositivo "non incluso nel nomenclatore" o diverso da quello aggiudicato in gara possa sceglierlo liberamente pagando al "fornitore" la differenza tra il prezzo "determinato dalla stessa azienda" tramite la gara pone alcuni problemi che vanno dalle modalità con cui esercitare il proprio diritto, posto che la persona normalmente riceve direttamente a domicilio il dispositivo (cosa deve fare? Restituirlo e poi andare a sceglierne un altro? Dove? Come fa

a sapere qual è il prezzo "determinato dalla stessa azienda..."? ecc...) al rispetto del principio di equità: i prezzi determinati da ciascuna azienda ASL per una tipologia di ausili possono, infatti, essere tra loro molto diversi e quindi molto diversa da ASL a ASL la quota a carico del Ssn e la conseguente differenza a carico del cittadino, per lo stesso tipo di ausilio. Per ultimo, la considerazione che se la riconducibilità fosse un diritto conosciuto e facilmente esigibile, questo potrebbe vanificare l'esito della gara stessa perché, paradossalmente, la grande maggioranza dei cittadini potrebbe non volere il prodotto aggiudicato e sceglierne uno diverso, pagando la sola differenza.

Complessa anche la responsabilità del medico prescrittore, che – a norma di legge – deve esprimere il suo insindacabile giudizio sull'"omogeneità funzionale" del dispositivo: cosa è riconducibile a cosa?

0.3 Le altre criticità del sistema

Dal risarcimento ai Livelli Essenziali di Assistenza

Tutto questo si innesta su un sistema che, oltre ad essere, come abbiamo visto, nato già vecchio, non è più adeguato a svolgere con appropriatezza il compito che gli è stato assegnato nell'ambito del Servizio sanitario nazionale soprattutto perché il suo inquadramento è stato cambiato in corso d'opera.

Come si può facilmente intuire, essendo state scritte prima del 1995 le descrizioni dei requisiti che i dispositivi devono possedere sono verosimilmente obsolete e non possono di conseguenza identificare prodotti al passo coi tempi ma, nonostante questo, nel 2001 l'Assistenza Protesica è stata ricompresa nei Livelli Essenziali di Assistenza senza che nessuno ponesse mano alla revisione degli elenchi, delle descrizioni, delle norme per l'erogazione.

Ecco dunque che questo sistema di assistenza nato nel 1978 con meri intenti risarcitori, che si è mantenuto nella sua struttura immutato nel tempo ed in cui la scelta delle tipologie di dispositivi da includere è sempre stata fondata su criteri di generica opportunità condivisi con i produttori e con i fornitori, si scontra con un quadro, quello rappresentato dai LEA, che dovrebbe essere esclusivamente fondato sulla valutazione "*dei fattori scientifici, tecnologici ed economici che motivano il mantenimento,*

l'inclusione o l'esclusione delle prestazioni ... tenuto conto di nuove tecniche e strumenti terapeutici, riabilitativi, diagnostici resi disponibili dal progresso scientifico e tecnologico che presentino evidenze scientifiche di un significativo beneficio in termini di salute... così come l'esclusione di quelle ormai obsolete"(2).

Per chi si trova davanti a necessità e potenzialità di una persona per la cui riabilitazione la scelta di un ausilio "giusto" è spesso ciò che fa la differenza, il contrasto è stridente e la tentazione di forzare le maglie per dare al progetto riabilitativo strumenti più adeguati è forte, ma nel momento in cui si deroga per ricercare una maggiore appropriatezza si introduce il principio che ... la norma è valicabile e quindi la valutazione soggettiva diventa essa stessa la norma. **Oggi sul territorio nazionale si assiste ad ogni sorta di situazioni, in un caleidoscopio che va dalle realtà più virtuose alle situazioni più sconcertanti.**

Elenchi troppo eterogenei

L'assenza di una revisione strutturale di tutto il sistema porta un'altra curiosa conseguenza. Nata per risarcire gli invalidi di guerra ed ampliarsi poi per contemplare alcuni bisogni degli invalidi civili, questa particolare forma di assistenza ha visto negli anni aggregarsi all'impianto iniziale pensato per organizzare essenzialmente la fornitura di protesi tanti altri "pacchetti" di dispositivi, tra loro anche molto diversi, che si sono via via aggiunti comportando l'inserimento di varianti, distinzioni, specificazioni, precisazioni degli aspetti normativi, senza mai un vero e proprio ripensamento globale. Questo tentativo di far rientrare tipologie di ausili tra loro molto diverse in un unico contenitore con un unico impianto normativo ha portato a strane forzature, confusioni e percorsi tortuosi anche nella forma, oltre che nella sostanza. Si pensi, come esempio, alla discriminante tra gli elenchi: presenza del tecnico abilitato (totale o parziale, a seconda che il dispositivo sia realizzato su misura o sia "predisposto") per l'elenco 1; assenza del tecnico abilitato per l'elenco 2; dispositivi acquistati direttamente dalle ASL e dati in uso per l'elenco 3, salvo poi aggiungere che le regioni possono "*disciplinare modalità di cessione in comodato*" anche dei dispositivi di cui agli elenchi 1 e 2 "*per i quali sia*

² Accordo tra Governo, Regioni e Province autonome sui livelli essenziali di assistenza sanitaria; punto 6.3

possibile il riutilizzo". Si pensi ancora a come nell'elenco 2 convivano beni durevoli riutilizzabili (es. letti, sollevatori), beni durevoli destinati ad un unico utilizzatore (es. protesi mammarie) e prodotti a consumo ripetuto (es. stomia, incontinenza, medicazioni avanzate): sono prodotti tra loro molto differenti che richiedono modalità di erogazione diverse e sistemi di acquisto e gestione anch'essi tra loro diversi mentre, per contro, alcune tipologie incluse nell'elenco 3 potrebbero avere modalità di erogazione, gestione ed acquisto identiche ad altre incluse nell'elenco 2 (per esempio, sollevatori - elenco 2 e montascale - elenco 3).

Scrivere un sistema lineare, chiaro, razionale di norme presuppone un raggruppamento delle tipologie erogabili che segua criteri altrettanto chiari e lineari; la soluzione più semplice ed efficace (adottata da molti paesi europei) prevede **diversi "nomenclatori"**, tutti inclusi nel quadro dell'"Assistenza in materia di protesi, ortesi ed ausili tecnici", ciascuno con proprie specifiche regole, che così possono avere ciascuno una puntuale coerenza interna.

Nomenclatori distinti per "Protesi ed ortesi su misura per disabilità motorie", "Protesi per deficit uditivi", "Protesi ed ausili per disabilità visive", "Ausili tecnici per disabilità motorie", "Ausili per stomia ed incontinenza" ecc. ecc. permetterebbero di individuare norme e modalità di erogazione puntualmente adeguate per ciascun settore: una suddivisione razionale semplificherebbe notevolmente la definizione di appropriate modalità di approvvigionamento. E ciò che è chiaro e lineare è anche più facilmente controllabile.

0.4 Le pubbliche procedure per l'acquisto dei dispositivi di cui agli elenchi 2 e 3: un tavolo di lavoro per individuare proposte studiate.

Oggi dobbiamo però convivere con gli strumenti normativi esistenti, in attesa di questa "ridefinizione" complessiva che attendiamo dal 31 dicembre 2000 e la diffusa necessità di confrontarsi sugli aspetti meno chiari o percepiti come inadeguati per trovare interpretazioni e soluzioni condivise e legittime ha ispirato i lavori di questo tavolo.

Sono state moltissime le richieste di partecipazione ai lavori provenienti soprattutto dal mondo delle ASL e dei medici prescrittori, sempre in prima fila nel difficile compito di rispondere ai bisogni degli assistiti; per assicurare l'operatività dei gruppi abbiamo dato spazio alle esperienze di

quelle ASL e regioni che più di altre hanno analizzato i bisogni del loro bacino di utenza sperimentando, anno dopo anno, soluzioni di volta in volta più mirate. Per i medici prescrittori sono stati coinvolti i vertici di SIMFER ⁽³⁾ e SIMMFIR ⁽⁴⁾ così come per gli imprenditori e per i tecnici abilitati hanno partecipato i rappresentanti delle associazioni di categoria aderenti a Confindustria ADM AReha e Assortopedia. La partecipazione di CONSIP e del dottor Bottiglieri del dipartimento della programmazione del Ministero della salute conferma la serietà dei lavori.

Abbiamo visto come i temi da approfondire, connessi ad un argomento come quello dell'Assistenza protesica e del suo regolamento, il D.M. 332/99, potrebbero essere innumerevoli ed è forte la tentazione di occuparsi di tutti, sino a riscrivere la norma stessa. Il tavolo si è dato però in questa prima fase un obiettivo di minima:

- occuparsi di un unico segmento di dispositivi: gli ausili per disabilità motoria
- e di un unico argomento: le pubbliche procedure di acquisto per queste tipologie di dispositivi.

Non è escluso che le indicazioni emerse dai lavori siano congrue anche per tutti gli altri segmenti di ausili inclusi negli elenchi 2 e 3 del suddetto D.M., ma le competenze messe in campo (medici di medicina fisica e riabilitativa, imprenditori e tecnici ortopedici che si occupano di ausili per disabilità motoria) sono specifiche di questo segmento.

Ecco i temi più rilevanti trattati:

- Definire se l'attuale norma, il D.M. 332/99, ancorché superata ed obsoleta, debba essere considerata l'unico riferimento per il settore e, come tale, da rispettare in assoluto oppure se siano ammesse deroghe. È il dottor Boni ⁽⁵⁾ che ci ammonisce sin dall'inizio circa il fatto che la norma è tutt'ora vigente e che pertanto ad essa occorre obbligatoriamente riferirsi, ma ciò nonostante abbiamo discusso a lungo su questo specifico argomento, valutando in particolare
 - se sia ammissibile l'individuazione di una più pertinente discriminante tra le tipologie di dispositivi che possono essere acquistate con gara e quelle per cui è necessaria la scelta basata sulle esigenze individuali dell'assistito;
 - se, nel capitolato di gara, per la determinazione delle specifiche

³ Società Italiana di Medicina Fisica e Riabilitativa

⁴ Sindacato Italiano dei Medici di Medicina Fisica e Riabilitativa

⁵ Boni, Past President FARE, Federazione delle Associazioni regionali degli economisti e provveditori della Sanità

tecniche dei dispositivi sia o meno possibile cambiare o integrare le descrizioni contenute nel D.M.332/99;

- come debba essere interpretato ed applicato il criterio di riconducibilità per le tipologie di dispositivi per cui è stata esperita ed aggiudicata una gara.
- Definite le tipologie di dispositivi che possono (debbono?) essere acquistate con pubbliche procedure, individuare gli elementi caratteristici delle gare per questo settore, analizzando le strategie più adeguate (analisi della domanda, dell'offerta e degli strumenti di acquisto) ed i requisiti dei concorrenti fino a prospettare appropriate architetture di gara.

Chiarito che si tratta di acquistare dei beni con servizi connessi (e non viceversa)

- un elemento importante nella definizione dell'architettura di gara è la realizzazione di gare che permettano una corretta valutazione della qualità dei dispositivi acquistati e per raggiungere questo obiettivo non è influente la scelta tra il costruire una gara che consenta valutazioni disgiunte di prodotto e di servizio o una gara in cui questa separazione dei giudizi non sia possibile;
- la realizzazione di lotti omogenei per tipologia di prodotti è un altro elemento importante per poter esprimere valutazioni efficaci;
- una documentazione di gara con schede requisiti di prodotto e di servizio che siano un efficace strumento per valutare caratteristiche essenziali e migliorative dei prodotti

sono alcuni dei temi trattati.

0.5 Uno sguardo al futuro.

La gestione delle criticità del presente con la ricerca di modalità "legittime" che possano attenuare le situazioni più problematiche causate dall'utilizzo, oggi, di uno strumento, superato dalla realtà del mercato e dal mutato inquadramento della disciplina ci porta necessariamente a gettare uno sguardo al di là dei limiti e dei condizionamenti attuali.

Sono soprattutto i medici prescrittori (l'allora Presidente SIMFER dottor Fletzer ed il Segretario Nazionale SIMMFIR dottor De Marchi, in particolare) a sentire e segnalare con forza la necessità improrogabile di un rinnovato modo di identificare i dispositivi erogabili con oneri a carico del Servizio sanitario nazionale, un modo che dia certezza su quanto è prescrivibile e su quanto può realmente essere fornito ed un quadro di riferimento dove le tipologie di ausili tra i quali scegliere siano state individuate basandosi

su quei principi di "evidenza scientifica di un significativo beneficio" in termini di salute (in questo caso per la realizzazione dei Progetti riabilitativi individuali) in base ai quali il medico è tenuto ad operare. La coerenza tra lo strumento (l'assistenza in materia di protesi ed ausili) e la prassi riabilitativa può e deve tener conto – come precisa il dottor De Marchi – anche del fatto che si stanno studiando percorsi diversi di prescrizione, che separano un intervento più prettamente assistenziale da quello più tipicamente riabilitativo, ma in nessun caso l'erogazione di un ausilio a carico del Servizio sanitario nazionale può essere disgiunta dalla valutazione degli effetti da esso prodotti, effetti che devono appunto consistere in un "significativo beneficio".

Lo sguardo al futuro: un futuro che consenta, anzi che stimoli e generi appropriatezza anche in questo settore ci è fornito dalle considerazioni del dottor Bottiglieri.

Egli, con la sua interessante relazione: *"Percorsi di fornitura degli ausili per persone disabili tra le norme e le prassi: cosa si può fare?"*, esamina a tutto tondo l'attuale situazione dell'Assistenza protesica e, indicando la necessità di:

- riconfigurare gli elenchi separando con chiarezza ciò che si fabbrica (o si assembla, al momento) da ciò che è disponibile, offerto dal mercato di settore;
- attuare la trasformazione da nomenclatore a repertorio;
- assegnare percorsi di fornitura differenti dedicati ai dispositivi medici;
- rimodulare le tariffe degli ausili "su misura" sulla base della rilevazione dei dati di costo;
- riconoscere e remunerare adeguatamente le prestazioni di costruzione ad hoc, modifica, adattamento, personalizzazione degli ausili "su misura";
- individuare prezzi di riferimento "ragionati" degli ausili di serie per evitare il rischio di essere esposti alle sole leggi di mercato.

Il fatto che "si possa fare" è testimoniato dalla dottoressa Conforti che, presentando l'esperienza della Regione Lombardia, dimostra che, attraverso il programma "Assistant", l'informatizzazione di tutto il percorso rende efficiente l'intero processo semplificando l'azione del prescrittore ed, in ultima analisi, anche dell'assistito. Forse un'esperienza come questa, per ora riservata ai dispositivi "finiti" contenuti nell'elenco 1, associata alla realizzazione del Repertorio Nazionale degli ausili tecnici "finiti" erogabili nell'ambito del Servizio sanitario nazionale, potrebbe essere estesa generando reali efficienza e trasparenza, a soluzione di molte delle attuali criticità.

C.S.R.

Rappresentando esponenti di diverse aree di competenza: industriale, distributiva, professionale, clinica, della pubblica amministrazione e dell'utenza, C.S.R. studia le tematiche relative al mondo degli ausili tecnici per persone disabili, elaborando progetti e proposte e suggerendo soluzioni.



1100 000000 000000



C.S.R.

Commissione di Studio e Ricerca
Ausili Tecnici per Persone Disabili



ITALIA



CONFINDUSTRIA FEDERVARIE ITALIA

www.csausilidisabili.org

Il CSR -Centro Studi e ricerche per gli ausili tecnici per persone disabili- ha lo scopo statutario di studiare i sistemi istituzionali di erogazione di ausili, destinati a facilitare l'assistenza domiciliare, aumentare l'autonomia e migliorare la partecipazione sociale delle persone con disabilità.

È un luogo di confronto e di elaborazione di proposte, istituito da rappresentanti di associazioni imprenditoriali e delle società medico-scientifiche del settore con il duplice scopo di approfondimento dei diversi saperi concorrenti e di reciproca interazione di diverse competenze ed interessi.

La rete dei partecipanti alle attività di CSR è costituita dai principali operatori del settore: medici e funzionari del Servizio sanitario nazionale coinvolti nei percorsi prescrittivi e di fornitura degli ausili, rappresentanti delle P.A. e delle Centrali acquisti, imprese ed associazioni di imprese, servizi di valutazione ausili, esperti del settore.



C.S.R. Centro Studi e Ricerche Ausili Tecnici per Persone Disabili



Confindustria Federvarie

20149 Milano - Via Petitti, 16
Tel. +39 02 32672222
Fax +39 02 32672299

00144 Roma - Viale Pasteur, 10
Tel. +39 06 54220389
Fax +39 06 54229447