



S.I.M.M.Fi.R.

SINDACATO ITALIANO MEDICI MEDICINA FISICA e RIABILITATIVA

Il Segretario Nazionale

Roma, 2 Ottobre 2014

Senato della Repubblica
XII Commissione: Igiene e sanità

"Indagine conoscitiva sulla sostenibilità del Servizio sanitario nazionale, con particolare riferimento alla garanzia dei principi di universalità, solidarietà ed equità ».

Revisione del D.M.332/99, Regolamento per l'assistenza protesica.

Audizione di

Massimo De Marchi, segretario nazionale SIMMFIR – Sindacato Italiano dei Medici di medicina Fisica e Riabilitativa

*Onorevole Presidente,
onorevoli senatori,*

ringrazio sentitamente a nome di tutti i colleghi, medici di medicina fisica e riabilitativa, ed a nome mio personale per avermi concesso l'opportunità di esporvi sinteticamente le considerazioni della categoria dei medici fisiatristi su alcuni aspetti importanti dell'assistenza in materia di protesi ed ausili.

A noi medici riabilitatori infatti è delegata la responsabilità della presa in carico delle persone con disabilità motoria e dei progetti riabilitativi nell'ambito dei quali, attraverso specifici programmi, vengono prescritti ed erogati gli ausili necessari al raggiungimento degli obiettivi definiti ed attesi; di conseguenza, la possibilità di disporre di strumenti adeguati e di efficienti modalità di approvvigionamento e fornitura è condizione fondamentale per il corretto esercizio della nostra professione.

Questo è inoltre un settore, strategico per la realizzazione di obiettivi essenziali indicati nel Patto per la salute ed in particolare per l'attuazione dell'art. 3, laddove si indica la necessità di realizzare la continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente e per un utilizzo appropriato dei vari setting riabilitativi, tale da garantire alla persona con disabilità un percorso riabilitativo integrato all'interno della rete riabilitativa.

La preoccupazione della categoria che rappresento è relativa al fatto che oggi stiamo utilizzando uno strumento normativo superato nei contenuti e nell'indicazione dei percorsi di fornitura, il D.M. 332/99, che risale appunto al 1999 ed è costituito da una normativa e da tre elenchi di dispositivi erogabili completati ben prima del '99. Infatti, a causa di vari problemi, il decreto ha aspettato tre anni prima di essere pubblicato e gli elenchi, quindi, erano già vecchi al momento della pubblicazione, tanto è vero che il legislatore indicò nella normativa stessa del decreto, all'art. 1, comma 1, che l'intera disciplina doveva essere rivista entro il 31 dicembre 2000.

Ma questo non è avvenuto; nel 2001 l'assistenza protesica è stata inclusa nei LEA senza che il Nomenclatore fosse aggiornato poi, finalmente, nel 2008 il governo Prodi ha portato a termine la revisione complessiva dei LEA e al loro interno anche dell'assistenza in materia di ausili e protesi -un buon lavoro, che ha incontrato il favore di tutti i soggetti coinvolti- e il decreto è stato pubblicato, ma a governo ormai decaduto. Il governo successivo ha ritirato il provvedimento e, da allora, il decreto è rimasto bloccato, nonostante la consapevolezza diffusa dell'assoluta necessità non soltanto di aggiornare gli elenchi delle tipologie dei dispositivi erogabili ma di riformare strutturalmente l'intera disciplina.

Uno strumento nato nel 1978 con meri scopi risarcitori e mai rinnovato nella sostanza (le diverse edizioni che si sono succedute dal 1978 al 1999 hanno visto infatti un aggiornamento degli elenchi, ma l'impianto è rimasto, nella sostanza, immutato) mal si adatta infatti a gestire con la dovuta appropriatezza i complessi e tra loro diversi bisogni dei cittadini con disabilità.

Non deve apparire improbabile quindi che l'impiego di un regolamento nato per rispondere ad obiettivi ben diversi da quelli riabilitativi, a cui siamo oggi chiamati dall'inclusione di questo settore di assistenza nei LEA, possa generare situazioni di dubbia conformità e che l'utilizzo come riferimento per la prescrizione di elenchi e descrizioni redatti intorno alla metà degli anni '90 non permetta in molti casi di essere certi della legittima corrispondenza tra ausili forniti e tipologie descritte nel Nomenclatore: lo stesso Ministro della salute, intervenendo il 31 luglio 2013 alla 13^a seduta della Commissione per la tutela e la promozione dei diritti umani del Senato ha ammesso che oggi un terzo delle forniture è inappropriato o errato.

O meglio, il Ministro ha affermato che sono errate le *prescrizioni*, ma non sono le prescrizioni ad essere errate bensì elenchi costituiti da denominazioni e descrizioni di dispositivi obsoleti e l'impossibilità di avere chiarezza sui dispositivi disponibili (marca e modello), sui percorsi di fornitura specifici per le diverse categorie di dispositivi, sull'interpretazione del criterio di riconducibilità: l'improcrastinabilità di una riforma strutturale del sistema, che non sia costituita da un mero aggiornamento degli elenchi ma che superi le criticità del modello attuale per offrire uno strumento agile, facilmente aggiornabile, trasparente, facilmente consultabile e che dia evidenza della conformità dei beni fornibili a quanto incluso negli elenchi è dettata anche dalla necessità di avere un sistema che dia agli specialisti certezze operative, che si traducono in appropriatezza prescrittiva e drastica riduzione di forniture errate o non conformi.

Inoltre,

- per poter assegnare al medico la piena responsabilità di fornire l'ausilio adeguato al progetto/programma riabilitativo, è necessario che la competenza medico-riabilitativa compartecipi alla costruzione degli elenchi delle tipologie erogabili;
- non dovrebbe essere compito del medico il *collaudo* di ciascun dispositivo erogato perchè questo dovrebbe essere fatto una tantum, in fase di registrazione dei dispositivi, da una Commissione ad hoc che decreta la prescrivibilità di uno specifico modello in relazione ad un codice incluso negli elenchi (con l'istituzione del Repertorio degli ausili per disabilità motoria).

Appropriatezza

Le prestazioni sono appropriate quando sono pertinenti rispetto a persone, circostanze e luogo, valide da un punto di vista tecnico-scientifico e accettabili sia per i clienti che per gli operatori. criteri di appropriatezza riabilitativa e qualitativa.

Progetto riabilitativo: tutte le azioni devono rientrare in un piano riabilitativo che va individuato attraverso la puntualizzazione del percorso prescrittivo in funzione di un percorso riabilitativo, al fine di promuovere una cultura dell'ausilio che sia sinonimo di strumento riabilitativo finalizzato al raggiungimento della massima autonomia possibile e al miglioramento della qualità della vita che tenga conto dell'ambiente di vita familiare e sociale del soggetto. La scelta dell'ausilio è frutto di un intervento multidisciplinare che deve prendere in considerazione la complessità dei bisogni del paziente e il suo contesto di vita. L'ausilio deve essere inserito all'interno del progetto riabilitativo andando a costituire parte di uno specifico programma.

Ed ancora, per gli ausili per disabilità motoria, una appropriata distinzione tra

- *ausili specialistici*, da scegliere *ad personam* nella gamma di varianti che oggi sono state rese disponibili dall'evoluzione tecnologica per rispondere alle specifiche necessità dell'assistito a cui sono destinati
- *ausili assistenziali*, che possono essere utilizzati appropriatamente, indipendentemente dalle caratteristiche individuali, e che quindi possono essere acquistati anche attraverso pubbliche procedure,

è essenziale per coniugare esigenze di contenimento della spesa ed esigenze di appropriatezza riabilitativa.

In conclusione,

la realizzazione della continuità assistenziale dall'ospedale al domicilio del cittadino-paziente di cui al primo citato art. 3 del Patto per la salute passa anche attraverso la fornitura degli strumenti riabilitativi e/o assistenziali idonei; la possibilità di scegliere il dispositivo più adatto alle specifiche necessità dell'assistito, quando necessario, può fare la differenza tra un intervento che produce effetti positivi e la fornitura di un prodotto inutilizzato e quindi inutile; di conseguenza il massiccio ed indifferenziato ricorso all'acquisto a mezzo "*gare al prezzo più basso*", indicato dal Ministro come risolutore di molte criticità, può diventare invece fattore di moltiplicazione degli sprechi anziché di eliminazione di quel terzo di forniture errate di cui sempre il Ministro parla.

Infine, anche

- alla luce delle indicazioni del Patto per la Salute rispetto al riordino organico e complessivo della rete delle attività della riabilitazione, con l'obiettivo essenziale di realizzare il massimo di appropriatezza tra i bisogni dei cittadini, i Lea e gli accreditamenti ;
- alla luce della rilevanza che la ridefinizione strutturale dell'Assistenza in materia di Protesi ed Ausili e del relativo Nomenclatore e del riordino del Nomenclatore delle Prestazioni Ambulatoriali rivestono in questa visione complessiva di adeguamento ai sensi del Piano Nazionale di indirizzo;
- alla luce dell'evidenza condivisa di sviluppare nella Rete e grazie alla Rete l'ottimale e concreta facilitazione della Partecipazione ed Integrazione sociale e territoriale come obiettivo di ogni intervento riabilitativo,

riteniamo opportuno che, come indicato all'art 3 del Patto per la salute e nell'Emendamento n. 9 al Regolamento ospedaliero,

"si costituiscano al più presto i gruppi di lavoro per concludere entro il 31 dicembre 2014 i lavori previsti, che potrebbero essere utilmente coinvolti anche nei lavori in corso per la ridefinizione complessiva dell'assistenza in materia di protesi ed ausili",

in modo da evitare una situazione di frammentarietà di analisi e di prospettive operative in due ambiti essenziali per il necessario sviluppo innovativo, proprio nel momento in cui il Patto ha sottolineato la priorità della unitarietà dell'intervento. Una definizione frammentaria di questi due importanti strumenti operativi potrebbe generare uno stimolo ad implementare costi ed una complessiva inappropriata.

Cordiali saluti

Dr. Massimo De Marchi
Segretario Nazionale SIMMFiR