



PRESCRIVERE E FORNIRE
CORRETTAMENTE LE
TECNOLOGIE ASSISTIVE

di Francesco Bottiglieri

Sono nato a Napoli il 12 maggio del 1953.

Da sempre mi hanno attratto le scienze, la tecnologia ed il progresso, educato come sono a considerarlo il miglioramento costante e sistematico delle condizioni e della qualità di vita dell'umanità. Da bambino, i genitori insegnavano ai figlioli i nomi delle capitali degli Stati o si divertivano a riconoscerne le bandiere; mio padre, dirigente chimico del laboratorio delle Dogane di Napoli, mi spiegava la tavola periodica degli elementi di Mendeleev.

Sono stato un alunno disciplinato anche perché ero timido e lo sono stato ben oltre il consentito, fino al liceo, parlavo poco e mi piaceva osservare e annotare, leggevo di tutto attingendo alla piccola biblioteca di papà, anche testi troppo tecnici e libri forse poco adatti alla mia età.

La scelta ovvia fu il liceo scientifico dove entrarono nella mia vita le passioni che mi accompagnano ancor oggi: la musica appresa da autodidatta nonostante sia stonato ma allora tutti strimpellavamo e il rugby della Partenope che in quegli anni sorprendevo le terre vocate alla palla ovale come il Veneto vincendo due scudetti di seguito dal 1964 al 1966.

Mi sono laureato prima in Farmacia e poi in Biologia, mi sono specializzato in Farmacia Clinica e in Diritto sanitario e sono stato ufficiale del Servizio di Sanità dell'Esercito prestando servizio presso la Scuola di Sanità militare di Firenze e all'Ospedale militare di Caserta.

Sono stato dirigente farmacista negli ospedali di due Regioni, il famoso A. Cardarelli di Napoli e il San Filippo Neri di Roma, città nella quale ci eravamo definitivamente trasferiti nel 1992 con mia moglie che è anche una collega e più brava e competente di me. In Campania mi sono prevalentemente occupato di approvvigionamento di medical-devices e nel Lazio soprattutto dell'acquisto di diagnostica di laboratorio.

Sono stato comandato al Ministero della salute, in Programmazione sanitaria per l'esperienza nel settore dei dispositivi e, in genere, nelle tecnologie biomediche dal 12 ottobre 1999, che ricordo bene perché fu anche il primo giorno di vigenza del DM 332/1999.

Sebbene abbia ricoperto altri incarichi, quasi tutta la mia esperienza ministeriale si è sviluppata in funzione dell'aggiornamento e delle revisioni dell'assistenza protesica arricchendomi

soprattutto dal punto di vista umano grazie all'incontro, confronto e scontro con le persone con disabilità.

Ho lasciato il servizio attivo il 1° ottobre del 2018 per raggiunti limiti di età e devo alla sollecitazione di colleghi, amici e compagni di lavoro e interlocutori il pensiero delle riflessioni e dei ragionamenti che troverete nel documento: una sorta di testimonianza e non pretende né di insegnare né di chiarire più di quanto non sia già chiaro abbastanza: è una modesta, sommessa e fraterna comunicazione a chi se ne occuperà d'ora in avanti cui auguro di farlo con la mia stessa sincera passione.

Ringrazio ASSO AUSILI ed il suo contributo disinteressato che ha reso possibile la pubblicazione a stampa del documento di cui sono viceversa mia personale responsabilità i contenuti esposti.

Prescrivere e fornire correttamente le tecnologie assistive

Bologna 5 dicembre 2019

Gli ausili nel contesto della riabilitazione

Negli ultimi tre decenni, le discipline della riabilitazione hanno registrato evidenti progressi dal punto di vista dell'efficacia degli interventi sia nel recupero delle funzioni lese che nel miglioramento della qualità di vita delle persone trattate.

In analogia con le moderne teorie dell'insegnamento, non più "appiattite" esclusivamente sull'attività **didattica**, ma sviluppate per assicurare un percorso **educativo** per i giovani, così la riabilitazione non si è rinnovata esclusivamente dal punto di vista operativo per la molteplicità e l'integrazione dei trattamenti offerti, ma ha segnato una stagione di crescita culturale quando ha manifestato un diverso approccio nei confronti delle esigenze complessive delle persone.

L'aspetto più significativo è stato l'aver introdotto nuovi procedimenti terapeutici che mirano al recupero della menomazione e all'ottimizzazione delle abilità residue con l'obiettivo di incrementare quanto più possibile la qualità della vita, il raggiungimento del miglior livello fisico, cognitivo, funzionale, delle relazioni sociali nell'ambito delle aspirazioni dell'individuo e della sua famiglia.

Da qui il pensiero e la preoccupazione sottesa che la riabilitazione funzionale possa disperdere parte dei suoi successi se non è adeguatamente supportata da alcune iniziative che la completino e la rendano socialmente effettiva.

E' tuttavia una area specialistica in cui i risultati sono fortemente e fattualmente influenzati dal contesto in cui il percorso riabilitativo si articola e dalla capacità di organizzare e gestire le risorse umane e tecnologiche a disposizione degli operatori.

La parola "contesto" non è qui riferita soltanto alla struttura che ospita gli interventi ed alle sue caratteristiche costruttive (*spazi disponibili*), funzionali (*gli ambienti interni*) e tecnologiche (*strumenti e attrezzature*), ma include la capacità degli operatori di affrontare situazioni

complesse, delicate e talvolta impreviste offrendo, oltre che la specifica professionalità necessaria a garantire l'efficacia delle procedure, anche doti di empatia e positività.

Non a caso, infatti, recependo le linee guida dell'OMS, la medicina riabilitativa ha instaurato una collaborazione sempre più stretta ed intensa con la psicologia, non solo come disciplina o avvalendosi del contributo di singole professionalità, ma anche come naturale propensione dei componenti dei *team* multi-professionali perché da questa interazione dipende una migliore capacità di gestione delle variabili implicate e dei problemi relazionali connessi, spesso alla base delle difficoltà dei pazienti nel raggiungere gli obiettivi prefissati.

Oltretutto, in riabilitazione è strategico garantire la pianificazione delle attività finalizzate al recupero funzionale dei pazienti in un sistema a rete che integri differenti servizi e si basi su una visione organica e correlata tra sistema sanitario e sociale.

Lo stesso concetto di *setting* inteso come “contenitore”, nato nell'ambito della psicologia ambientale come interazione tra l'individuo e l'ambiente circostante (**Roger Barker, 1968**), può essere **insufficiente a dare indicazioni precise** in questo settore e dovrebbe estendersi fino a rappresentare la “matrice funzionale” che media la costruzione della relazione professionale tra la persona ed il *team* e la rende clinicamente efficace; ne consegue che essa non può limitarsi all'ambiente fisico e funzionale all'interno del quale l'interazione si svolge ed è vissuta.

L'organizzazione di diversi *setting* assistenziali offre alla persona un riferimento certo lungo il non facile percorso da affrontare, ne favorisce gli sforzi, la conforta di essere seguita e monitorata per l'evoluzione del quadro clinico e di essere periodicamente controllata per la prescrizione, se necessario, di ulteriori attività e prestazioni.

E' in questa fase che i principi ispiratori del Servizio sanitario nazionale, pubblico ed universalistico, collocano l'offerta e la disponibilità dei dispositivi protesici, ortesici e degli ausili tecnici prescritti dai medici specialistici cui spetta l'ulteriore compito di orientare gli assistiti verso il loro uso efficace, consapevole e corretto.

Redigere una prescrizione avviando così i processi di fornitura di un ausilio non esaurisce la responsabilità dell'*équipe* curante ma è solo il primo passo di una relazione che dovrà completarsi quando l'Asl competente avrà consegnato alla persona i dispositivi individuati nella richiesta e l'utente sarà soddisfatto della loro funzionalità e ne trarrà i vantaggi attesi.

E' così più agevole comprendere che le "soluzioni" offerte dagli ausili sono una parte integrante del progetto riabilitativo-assistenziale elaborato per la persona e ne connotano tanto l'attuazione quanto lo sviluppo: non si tratta di un argomento marginale poiché consente di affrancarsi da un pensiero tuttora molto diffuso di una fornitura di oggetti e prodotti, di apparecchi e strumenti in qualche modo fine a sé stessa.

Gli ausili tecnici non sono sempre **una condizione sufficiente** per completare il percorso riabilitativo: alcuni progetti per la persona, infatti, prescindono dall'uso di dispositivi ma di certo la loro fornitura e ancor prima la loro individuazione è **una condizione necessaria** per la costruzione di nuove abilità perché dovrà corrispondere all'elaborazione di un progetto riabilitativo per la persona e la prescrizione dovrà scaturire da questo.

L'utente che ha raggiunto o sta per raggiungere il massimo grado di recupero funzionale è così in grado di sostenere ed integrare con supporti e tecnologie appropriate le capacità che hanno subito una o più limitazioni e di mantenerle nel tempo contenendo i rischi di un peggioramento delle condizioni.

I trasferimenti tra i differenti ambiti assistenziali disponibili, in particolare, le criticità connesse al primo passaggio, la dimissione dalle strutture di ricovero che non sempre è predisposta in modalità "protetta", devono coincidere con l'inizio del percorso assistenziale (*care-pathway*) all'interno di strutture territoriali; gli spostamenti degli assistiti devono essere preparati ed organizzati con adeguate metodologie che ne dovranno valutare l'efficacia e saranno monitorati con un approccio di tipo dipartimentale in coerenza con il principio di "**presa in carico della persona**".

E' questo il concetto cardine della medicina riabilitativa contemporanea emerso e affermatosi negli anni che, pur caratterizzati da un rapido e profondo cambiamento in termini dottrinali,

metodologici ed organizzativi ha saputo affiancare alla visione tradizionale, prevalentemente legata all'esercizio riabilitativo, un ampio ventaglio di soluzioni e di risposte terapeutiche tra loro integrate accompagnando nel tempo l'utente e la sua famiglia per imparare a gestire al meglio ed in modo attivo la propria disabilità congenita o sopravvenuta.

In termini concreti, la **presa in carico globale**, aggettivo enfatico sebbene illuminante, si esplica attraverso l'elaborazione del **progetto riabilitativo individuale (P.r.i.)** che è il caratteristico "contenitore" all'interno del quale l'articolazione operativa degli interventi e delle attività si snoda in **interventi programmatici specifici** per definire gli strumenti utilizzabili, il *timing* necessario, gli obiettivi raggiungibili a breve, medio e lungo termine, le scale di valutazione per poterli verificare e le diverse figure di riferimento di ciascun programma.

Solo così è possibile garantire alla persona un percorso riabilitativo unico, completo e che manifesti un'auspicabile continuità fino alla possibilità di rientrare nel proprio domicilio in raccordo con i MMG e i PLS nonché con i servizi territoriali.

Per molti aspetti può considerarsi la cifra distintiva della medicina riabilitativa messa a confronto con altre aree medico-specialistiche in base a quanto suggerisce il cardiologo e scrittore Marco Bobbio: "*Siamo immersi in una medicina che corre troppo veloce e non è più in grado di valutare con onestà i propri successi e insuccessi (...) che sta perdendo di vista il significato della peculiarità dell'incontro tra medico e paziente*" (**Il malato immaginario, 2010, Einaudi**); la riabilitazione vive, opera e si "nutre" del costante rapporto tra il *team* e le persone.

In tutti i sistemi sanitari avanzati degli ultimi trent'anni si è assistito ad una progressiva deospedalizzazione che ha coinvolto anche il nostro Paese: **dal 1980 al 1999**, negli **ospedali italiani pubblici e privati**, il numero dei posti letto è diminuito del **48%** (*da 542mila a 280mila circa*); le giornate di degenza del **45%** (*da 138 milioni a 76 milioni circa*) e la degenza media si è ridotta del **41%** (*da 12.9 a 7.7 giorni circa*) (**Maciocco et al. 2004**).

Sia chiaro, una tale operazione di ridimensionamento era ed è tuttora necessaria perché sposta l'attenzione dal numero dei "posti letto" disponibili, unità di misura non certo di efficiente

capacità organizzativa quanto di illusorio prestigio delle strutture e di “potere contrattuale” delle *équipe* ospedaliere impegnate, in un contesto in cui la transizione epidemiologica/sanitaria deve indirizzare gli sforzi terapeutici ed assistenziali verso la gestione di patologie croniche in ambiti territoriali rendendo inattuale l'utilizzazione dell'ospedale tradizionalmente ed erroneamente considerato come centro unico dell'assistenza.

Anche per questo, la dimissione dei pazienti fragili acquista una funzione decisiva per la continuità assistenziale: perché è il momento delicato in cui si predispongono le operazioni necessarie per il trasferimento della responsabilità dei precedenti operatori verso una nuova presa in carico dal punto di vista gestionale, organizzativo ed informativo.

Certamente, le linee guida per le attività di riabilitazione elaborate nel 1998 dal Ministero della sanità hanno contribuito alla definizione di una strategia e, ancor prima, di una filosofia di fondo dell'intervento riabilitativo pur mancando nell'operazione di identificare i criteri con cui verificare l'appropriatezza dell'intervento e di individuare e misurare gli *outcome*.

Il Piano nazionale di indirizzo per la riabilitazione del 2011 (**G.U.n.50, s. o. n.60**) ha lodevolmente aggiornato il quadro generale di riferimento sebbene, anche in questo caso, sia mancato uno sforzo comune di standardizzazione tassonomica per la molteplicità di denominazioni delle strutture eroganti le prestazioni e le attività riabilitative rilevate nelle differenti Regioni e non vi è stata la necessaria convergenza nell'elaborare e proporre un condiviso orientamento definitivo cui associare attività tra loro ben distinte.

Le norme sull'accreditamento, ad esempio, pur basandosi sul medesimo provvedimento legislativo nazionale (*), non sono state in grado di risolvere il problema nelle specifiche attuazioni regionali.

BOX di APPROFONDIMENTO (*) – Nel decreto legislativo n. 502/1992 originario e, successivamente, con le modifiche ed integrazioni introdotte dal d.lgs. n. 517/93 e dalla L. 724/1994, l'**accreditamento** è ideato e strutturato come diritto da riconoscersi a tutte le organizzazioni sanitarie in possesso dei requisiti minimi, di tipo strutturale e funzionale,

rispondenti ai criteri fissati nel relativo atto d'indirizzo e coordinamento adottato ai sensi dell'art. 8, comma 4 del d.lgs. 502/92.

Nel quadro dell'innovativo “taglio” di natura imprenditoriale da associare progressivamente alle strutture sanitarie che ancor oggi, a distanza di anni, registra forti contrarietà e resistenze, si introdusse il tema della competitività tra l'offerta pubblica e quella privata.

L'esplicita e consapevole concorrenzialità che si sarebbe generata si proponeva, tra l'altro, di favorire la sopravvivenza delle sole strutture in grado di assicurare alla platea degli assistiti la qualità delle prestazioni offerte benché in pratica le disposizioni della norma registrarono la conseguenza del sostanziale avanzamento dei competitori privati da soggetti meramente sussidiari rispetto al pubblico a soggetti da configurarsi “alla pari” a tutti gli effetti sancendo ad esempio la libera scelta del cittadino per la struttura cui rivolgersi per l'assistenza sanitaria.

In un riordino così incisivo, non sarebbe stato possibile tralasciare la tipologia dei rapporti tra le Asl ed i privati fino a quel momento regolati dalle cosiddette **convenzioni** in forza dell'applicazione della legge istitutiva del Servizio sanitario nazionale.

La nuova disciplina, infatti, abbandona il rapporto convenzionale e introduce il cosiddetto **accreditamento istituzionale** fondato sulle modalità di pagamento a prestazione e sull'adozione del sistema di verifica della qualità delle attività svolte e delle prestazioni effettivamente erogate, una per una, al fine di esercitare un controllo più incisivo sulla spesa.

La possibilità di praticare attività sanitarie è riconosciuta esclusivamente a coloro che, accettando il sistema di remunerazione proposto, offrono concrete garanzie di qualità nell'effettuazione delle attività quotidiane.

In buona sostanza, l'accreditamento si risolve nell'iscrizione delle varie strutture in una sorta di “elenco dei migliori” dal punto di vista qualitativo; in altri termini, con il riconoscimento dell'accreditamento, il legislatore si pone a garanzia della serietà organizzativa e della capacità professionale delle strutture private che ora possono agire per conto del Servizio sanitario nazionale sebbene siano contemporaneamente in concorrenza con esso.

All'epoca, è possibile affermare che l'accREDITamento coincidesse con l'autorizzazione all'esercizio dell'attività sanitaria poiché entrambi gli istituti richiedevano gli stessi requisiti ed il loro possesso - solo dichiarato e scarsamente verificato dalla Regioni per il tramite di organismi qualificati - era considerato sufficiente da parte delle Amministrazioni regionali cui era demandata una mera discrezionalità tecnica nel riconoscere o meno tanto la bontà quanto la veridicità di tali affermazioni. [D. Cicirello, (*con modifiche*), www.diritto.it, nov. 2000].

Fino alla definizione dei Livelli essenziali di assistenza nel 2001 ma anche negli anni immediatamente successivi, la riabilitazione territoriale è stata prevalentemente assicurata dalle strutture ambulatoriali, diurne e residenziali già classificate come “**ex articolo 26 della legge 833/78**” la cui attivazione rappresentò la prima risposta dell'organizzazione sanitaria alle situazioni di restrizione della partecipazione, limitazione delle attività derivanti da patologie congenite o acquisite e/o progressive [*mielo e neuro-lesioni, disadattamenti sociali (i problemi comportamentali erano assimilati all'handicap)*] o derivate da infortuni e traumatismi, integrando funzioni riabilitative propriamente dette ed attività didattico-educative.

Da tempo però gli inserimenti nella scuola dell'obbligo e nei corsi di qualificazione professionale hanno ridotto le esigenze legate alla scolarizzazione e all'apprendimento in osservanza al principio che l'integrazione scolastica come le pari opportunità sul lavoro sono diritti fondamentali nonostante ancor oggi si lamenti la mancanza di una reale cultura dell'inclusione e della valorizzazione delle abilità individuali.

Ne è conseguito che le strutture ex art. 26 si sono qualificate come strutture prevalentemente riabilitative caratterizzate in due filoni diversi sebbene facilmente distinguibili, uno strettamente **riabilitativo con ricoveri a termine** e l'altro, con attività di **tipo socio-riabilitativo** derivanti dalle disposizioni dell'art. 8 della legge 104/92.

Con l'entrata in vigore del dPCM 14 febbraio 2001 in materia socio-sanitaria e con l'introduzione dei nuovi criteri di attribuzione delle competenze al Servizio sanitario ed ai Comuni è risultato evidente che il rapporto delle strutture in questione dovesse ridefinirsi; la maggior parte delle Regioni ha provveduto ad **accertare la natura e le caratteristiche**

dell'attività riabilitativa effettivamente svolta ricollocando ciascuna struttura nel quadro dell'offerta regionale articolata per livello di intensità dell'intervento e per tipologia di utenti.

In queste Regioni, le strutture hanno perso la denominazione di “**ex art. 26**” e si sono collocate nell'offerta dei livelli di assistenza integrandosi nei Dipartimenti o servizi per la riabilitazione con caratteristiche di riabilitazione estensiva (*ancora a completo carico del sistema sanitario*) o di mantenimento per disabili gravi (*con quota pagata in parte dal sistema sanitario ed in parte dalla persona/famiglia/Comune*).

Questo processo, in particolare, è avvenuto nelle Regioni che hanno avviato o completato il processo di accreditamento delle strutture socio-sanitarie dopo averne chiaramente identificato i requisiti organizzativi, tecnologici e di personale.

In alcune Regioni invece, si continua a parlare di “strutture ex art. 26” come se gli **ultimi 28 anni** trascorsi dall'entrata in vigore del d.lgs. n. 502/1992 e della legge n. 724/1994 con la cessazione dei rapporti convenzionali in atto e l'implementazione dei nuovi rapporti fondati sull'accREDITAMENTO o, ancora, **i 18 anni dall'entrata in vigore dei Lea** con l'introduzione della nuova definizione delle attività riabilitative fossero passati invano.

Ci si augura davvero che la dizione “**strutture ex art. 26**” e tutto ciò che ad essa è associato in termini di confusione non solo terminologica e di scarsa chiarezza sui contenuti e sulle prestazioni possa considerarsi un argomento definitivamente archiviato. (**Dott.ssa Silvia Arcà, DGPROG, Relazione Informativa**)

Avedis Donabedian (1919–2000), unanimemente riconosciuto come il massimo teorico della qualità dei servizi sanitari, definiva l'**appropriatezza** il “*grado in cui la conoscenza e le tecniche disponibili sono usate bene o male nel trattamento delle malattie e nel raggiungimento della salute*”.

Sul piano della sua valutazione, è opinione comune che sia *“l’espressione della distanza che intercorre tra il comportamento osservato e quello atteso in base alle conoscenze scientifiche e/o ad altri aspetti normativi”*.

Più in generale, è da molti osservatori immediatamente percepita come *“la cosa giusta al soggetto giusto, al momento giusto da parte dell’operatore giusto nella struttura giusta”* per quanto tale affermazione, efficace sul piano comunicativo, produce effetti distorsivi sull’adozione di strumenti di valutazione a causa della eccessiva opinabilità nel definire compiutamente cosa è giusto, misurandone la distanza e le differenze da ciò che non lo è.

Il percorso riabilitativo trova il suo naturale sviluppo nell’ambito del Dipartimento che coordina le attività territoriali: in questo contesto si ha la reale verifica dell’*outcome* in termini di recupero e partecipazione ed è il luogo privilegiato per interventi contestuali sulle componenti ambientali e sui fattori personali degli assistiti.

Sappiamo bene che il quadro non è lo stesso per tutte le Regioni: di conseguenza, le prospettive sono differenti a seconda delle caratteristiche territoriali e delle specifiche politiche poste in essere. L’Italia offre contemporaneamente centri di eccellenza e realtà costantemente alle prese con immaturità gestionali che spingono i cittadini a trasferimenti che, non di rado, coinvolgono anche i familiari.

E’ quindi fondamentale che in tutte le aree del Paese la riabilitazione sia oggetto di un ripensamento e di un forte intervento programmatico con l’obiettivo della costruzione di una costante ed organica collaborazione tra le diverse strutture avanzate e tra queste e le strutture presenti sul territorio, necessariamente da potenziare.

Per quanto la riabilitazione ospedaliera sia comprensibilmente ritenuta la più completa e soddisfacente per la tempestiva capacità di risposta, in base ai questionari di gradimento sottoposti a pazienti ed assistiti che ne percepiscono la complessità e ne testimoniano l’efficacia, essa non può rappresentare l’unico ambito di intervento anche per ovvie considerazioni di appropriatezza organizzativa e di corretto uso delle risorse disponibili.

Sarà necessario, quindi, offrire *setting* riabilitativi alternativi ai ricoveri ordinari in strutture residenziali e semiresidenziali extra-ospedaliere dove possono essere erogate attività di riabilitazione intensiva ed estensiva su pazienti che non presentano una situazione clinica tale da richiedere il ricovero e che non possono essere opportunamente trattati nell'ambulatorio oppure al domicilio garantendo gli stessi standard riabilitativi tradizionalmente previsti all'interno degli ospedali.

Nel *setting* extra-ospedaliero, residenziale o semiresidenziale, potranno essere trattati soggetti con disabilità stabilizzate che necessitano di attività di riabilitazione di bassa intensità con interventi di recupero e rieducazione funzionale.

Tali interventi riabilitativi che possono articolarsi anche per lunghi periodi di tempo sono finalizzati a potenziare o mantenere il livello di autonomia acquisito per l'efficace conservazione del benessere psico-fisico e sono accompagnati da interventi socio-assistenziali volti a migliorare l'integrazione sociale favorendo costanti collegamenti con l'ambiente esterno.

Del resto, la continuità senza interruzioni nel passaggio dalle fasi di emergenza e di stabilizzazione clinica alla riabilitazione estensiva e/o intermedia è l'altro insostituibile cardine in riabilitazione, ispirata alla filosofia del “**NO FRAGMENTATION**” introdotta da **Ludwig Guttmann** già nel 1944.

Ancor oggi, non basta affermare che si tratti di un obiettivo da perseguire perché la continuità non si ottiene attraverso la semplice concatenazione di eventi e con la successione temporale di interventi distinti senza l'azione di un'autentica “regia” collettiva e competente che curi l'integrazione dei diversi elementi.

La garanzia della continuità poggia su protocolli operativi di qualità ispirati a linee guida omogenee e condivise fino al reinserimento sociale della persona insieme con la prescrizione degli ausili che ne promuovono l'autonomia compatibilmente con il livello e la gravità della lesione senza tralasciare, infine, il periodico *follow-up* per controllare i risultati conseguiti.

La riabilitazione può quindi metaforicamente definirsi una “terra di confine” posta tra gli interventi sanitari e le soluzioni offerte dalle organizzazioni sociali nessuna delle quali, è stato dimostrato anche in realtà più mature della nostra, è in grado di risolvere da sola la complessità dei problemi che si pongono; è uno spazio di cultura, conoscenza e di soluzioni che affronta il tema cruciale dell’indipendenza delle persone e dove la disponibilità delle soluzioni tecnologiche degli ausili fa sentire per intero la sua importanza.

Non v’è dubbio, infatti, che un ausilio proposto in modo adeguato, scelto con cura e attenzione ed utilizzato nelle sue piene potenzialità può contribuire al recupero di un nuovo equilibrio relazionale.

La prescrizione adeguata, tempestiva, efficace di tutte le tecnologie assistive rappresenta il contributo attraverso il quale facilitare le funzioni e promuovere le attività delle persone, di certo non è il fine di un livello di assistenza ancor oggi erroneamente considerato come una risarcitoria, caritatevole concessione di prodotti.

Ancora oggi ci si interroga con preoccupazione sulle strategie utili ad aumentare la conoscenza degli ausili sebbene in Italia, nell’ambito della Fondazione Don Carlo Gnocchi, fu creato nel 1981 il **Servizio informazioni e Valutazione ausili (SIVA)**, un’esperienza pionieristica della quale furono promotori Antonio Pedotti, Piergiorgio Mazzola e Silvano Boccardi e che tra l’altro si colloca tra le prime strutture in questo settore a livello internazionale.

Nel successivo ventennio, l’esperienza acquisita e la costante disseminazione informativa hanno portato alla nascita delle cosiddette “ausilioteche” che hanno raccolto le principali linee di tendenza internazionale nella progettazione, diffusione, conoscenza e validazione di ausili e di prodotti da impiegare nelle procedure e protocolli di riabilitazione che parallelamente si sviluppavano con altrettanta dinamica innovatività.

Sono stati perfezionati i sistemi informativi perché fossero quanto più aderenti all’esigenze degli operatori e per incrementare l’accessibilità alle banche dati sui dispositivi disponibili in commercio e alle domande di consulenza per gli addetti ai lavori del sistema sanitario pubblico e non solo.

Intanto, con i grandi progressi della medicina, la salute e le buone condizioni di vita appaiono come trasformate in merce: se ne programma apertamente l'offerta e la domanda è condizionata ed alimentata da una industria di beni e tecnologie sanitarie come i farmaci che, complessivamente, investe un terzo del bilancio in *marketing* ed il doppio di quello che spende in ricerca come denuncia **Marcia Angell**, a lungo direttrice del "*The New England Journal of Medicine*", in "*Farma&Co*": *“Non passa giorno che dai mass media sia proposta l'ultima terapia risolutiva per questa o quella malattia, vera o presunta. Ciò che conta è che l'ultima terapia sia la migliore come gli stessi specialisti sono indotti a credere, anche se non risulta essere la più documentata dal punto di vista scientifico: così sono organizzati i “messaggi” che raggiungono medici e pazienti”*.

Anche le aziende e le imprese degli ausili tecnici sebbene più giovani, meno forti e strutturate di quella farmaceutica non appaiono indenni da tali rischiose distorsioni.

Negli stessi anni, da parte dei livelli istituzionali equamente distribuiti tra titolari dell'indirizzo politico e soggetti con poteri operativi non è stato fatto molto per evitare approcci condizionati dall'eccessiva cautela e conseguente diffidenza per la diffusa e incontrollata promozione di tali tecnologie a fini meramente commerciali o dalla preoccupazione di non disporre delle necessarie coperture finanziarie o da entrambe: è stata così poco compresa la visione della centralità del paziente-utente e non ne sono state intercettate ed interpretate con chiarezza le esigenze.

Nell'organizzazione dell'assistenza protesica più che in altri livelli, la pressoché totale assenza di dati attendibili di uso (*e di buon uso*) che si lamenta, sospinge tuttora verso l'adozione di modelli "*outcomes-research*" perché rappresentano il vero elemento di novità e di progresso di questi anni.

Permettono infatti di costruire ipotesi realistiche sul rapporto costo-beneficio o costo-utilità di un determinato servizio, anche solo per un singolo prodotto, analizzando il dato mentre si forma ed elaborandolo contestualmente nel momento stesso in cui l'operatore si rapporta con l'utente, ne segue i progressi, ne modifica le attività, superando le incertezze e correggendo i difetti quando si evidenziano.

Infine è necessario segnalare che, grazie all'esplosiva diffusione degli strumenti informatici e della rete, gli ausili sono stati presentati all'attenzione del pubblico con un progressivo "scivolamento" del messaggio, all'inizio indirizzato solo agli operatori sanitari per incrementarne la conoscenza, verso gli assistiti con una pressante promozione ed una fascinosa azione pubblicitaria come se fossero da soli in grado di risolvere i problemi di vita delle persone mentre finiscono spesso con l'essere abbandonati dagli stessi utenti consapevoli di aver riposto forti aspettative che si sono dimostrate, alla prova dei fatti, illusorie o eccessive.

Dal punto di vista dell'acquirente pubblico, sempre più sollecitato da norme che richiedono l'attenzione al contenimento della spesa, è bene precisare che gli ausili per le persone con disabilità non possono considerarsi alla stregua di fattori produttivi né tanto meno di beni di largo consumo. Tutte le azioni e le iniziative che si possono e devono realizzare in sanità non possono che scaturire dalla constatazione dell'efficacia e del beneficio misurabile per gli assistiti che ne fruiscono direttamente.

Infine è opinione diffusa che le attività programmatiche del livello centrale non possono più trascurare l'efficace comunicazione che dimostri come tale particolare garanzia rappresenti una tutela per la collettività dei cittadini affinché percepiscano con chiarezza che **la spesa per alcuni si rivela un buon investimento per tutti.**

Non vi è nulla di più antisociale degli sprechi perpetrati in nome di una presunta innovazione, di una opinabile efficacia e di una auto-referenziale funzionalità.

La disabilità nelle norme italiane

Le disposizioni italiane in materia sono sostanzialmente ancorate a due articoli della **Carta Costituzionale del 1948: il 3 e il 38.**

Il primo, ricalcando la Dichiarazione universale dei diritti dell'uomo (*ONU, 1948*), sancisce che tutti i cittadini hanno pari dignità sociale e sono eguali davanti alla legge senza distinzione alcuna, e che «è compito della Repubblica rimuovere gli ostacoli di ordine economico e sociale, che, limitando di fatto la libertà e l'eguaglianza dei cittadini, impediscono il pieno

sviluppo della persona umana e l'effettiva partecipazione di tutti i lavoratori all'organizzazione politica, economica e sociale del Paese». Lo stesso articolo vieta la distinzione «di sesso, di razza, di lingua, di religione, di opinioni politiche, di condizioni personali e sociali».

Non vi è alcuna esplicita indicazione alla disabilità comunque intesa anche se è possibile riconoscerla nelle ultime due parole sebbene, dagli archivi degli atti, appaia evidente che, durante la discussione all'Assemblea Costituente, tra le condizioni personali e sociali veniva considerata esclusivamente la situazione delle persone cieche.

Nei fatti, gran parte della produzione normativa in materia di disabilità riprende l'articolo 38; vi si prevede che *«ogni cittadino inabile al lavoro e sprovvisto dei mezzi necessari per vivere ha diritto al mantenimento e all'assistenza sociale»*. Assistenza quasi compensativa, quindi, una volta che siano state dimostrate l'indigenza e l'inabilità nel senso di ridotta o assente capacità di lavorare.

Ne consegue che in Italia le valutazioni sono strettamente connesse ai benefici ad esse correlate: la loro funzione è quindi accertare una soglia oltre la quale si accede ad una provvidenza o ad un intervento assistenziale.

Generano normalmente la definizione di uno *status* che consente di accedere a servizi, prestazioni, benefici lavorativi, senza tuttavia descrivere in modo circoscritto le reali necessità di supporto, tanto che spesso i servizi territoriali sono costretti a effettuare ulteriori, proprie valutazioni per meglio tarare gli interventi di presa in carico o di progettazione individualizzata laddove esista.

Tra l'altro, ogni momento valutativo ha propri indicatori non comparabili tra loro ed un linguaggio non omogeneo persino tra i diversi momenti valutativi.

E' pur vero, per completezza, che nel 2001 la Presidenza del Consiglio dei Ministri ha emanato un atto d'indirizzo in materia di prestazioni socio-sanitarie prevedendo che l'assistenza socio-sanitaria venga prestata *«alle persone che presentano bisogni di salute che richiedono prestazioni sanitarie ed azioni di protezione sociale, anche di lungo periodo, sulla base di progetti personalizzati redatti sulla scorta di valutazioni multidimensionali»*.

Le prestazioni socio-sanitarie dovrebbero essere definite, quindi, tenendo conto della natura del bisogno, la complessità e l'intensità dell'intervento assistenziale nonché la sua durata: appare qui opportuno segnalare che il frequente uso del termine "**bisogno**", la cui definizione per alcuni autori coincide con "**stato di privazione percepita**", presenta due elementi di criticità ancora prima che si provi a soddisfarlo.

Il bisogno nasce da un vissuto profondo e personale, si manifesta in un ambito del tutto individuale, non di rado ha più a che vedere con la spiritualità delle persone o, di contro, si esprime in maniera del tutto materiale al punto che quello che le persone desiderano per sé difficilmente coincide con ciò che è realmente utile per loro: per forza di cose, quindi, i provvedimenti e le soluzioni concepite per gruppi o categorie di persone con una inestirpabile componente di standardizzazione, difficilmente si adatteranno al "bisogno" singolo dell'utente.

In più, la soluzione (*prodotto, prestazione, strumento, facilitazione, ecc.*) che il legislatore decide di erogare per la comunità assistibile attraverso l'introduzione e le periodiche modifiche delle relative norme è fatalmente a rischio di inadeguatezza sebbene le diffuse manifestazioni di insoddisfazione dell'opinione pubblica non siano necessariamente indicative di un'effettiva **cattiva qualità** dell'offerta, ma segnalano solo l'espressione del rincrescimento di giudizi personali, delle Associazioni o delle categorie portatrici d'interessi legittimi, ma sovente non giustapposti ad ulteriori riscontri oggettivi.

La natura incomprimibile e tendenzialmente illimitata del **bisogno di salute**, cui oggi più di frequente e da più parti si associa anche il concetto di benessere, sfugge ad ogni sforzo di assoggettarlo a standardizzazioni pur ben studiate ed all'apparenza adeguate: è altrettanto inevitabile che le risposte della sanità nel suo complesso nascano da mediazioni politiche senza trascurare la preoccupazione di disporre delle "coperture" finanziarie necessarie per l'applicazione efficiente delle modifiche ed integrazioni.

Per tali motivi, appare più corretto utilizzare l'espressione "tutela delle esigenze" (*dal latino "exigere": pretendere cosa dovuta; riscuotere; collegato al termine giuridico "esigibilità"*) quando ci si riferisce alla revisione degli elenchi cui hanno contribuito le numerose proposte

del mondo scientifico della riabilitazione, delle imprese del settore e delle Associazioni delle persone con disabilità.

Ancor più efficace è il termine “diritto” come alternativa a “bisogno” per indicare quanto la riforma della disciplina si proponga di garantire e sostenere con sistematicità, completezza e costanza le necessità degli utenti.

Tornando alla meritevole pronuncia della Presidenza del Consiglio dei Ministri poc’anzi citata, ciò che si trascura è proprio la concreta esigibilità del diritto a fruire dei servizi, delle attività e prestazioni a supporto delle esigenze delle persone e, tra l’altro, nulla si propone riguardo a come applicare gli strumenti valutativi per stabilire le condizioni di accesso e i processi di attribuzione.

Quindi, nel contesto delle **attuali conoscenze ed esperienze sanitarie** e in connessione esclusivamente con il **mandato di revisionare l’assistenza protesica** è possibile ritenere **ancora utilizzabile le terminologie** tradizionali che, almeno dal punto di vista teorico, non risultano né desuete né inadeguate.

E’ importante rendersi conto, peraltro, che una eventuale classificazione degli handicap non si propone di rappresentare una tassonomia dello svantaggio né di catalogare o etichettare casi individuali; è una necessaria semplificazione di condizioni limitanti che, per quanto elaborate in base a mere convenzioni sociali, consentono agli operatori sanitari di utilizzare un linguaggio consolidato.

Da un lato, per provvedere ed intervenire con la tempestività, la competenza e l’apertura mentale richieste, dall’altro per consentire alle persone proprio di vedersi riconoscere il “diritto” ai servizi ed ai supporti previsti dalle norme vigenti in termini di protezione sociale, delle forme codificate per la presa in carico, dalla gestione dell’assistenza, dell’effettuazione delle prestazioni di abilitazione più appropriate e, da ultimo, **delle forniture dei dispositivi ad esse connesse.**

La classificazione internazionale degli ausili

Analisti, studiosi ed organizzazioni internazionali hanno costantemente rilevato la difficoltà di elaborare una esaustiva catalogazione definizione degli ausili insieme con l'incerta collocazione nel quadro generale dell'offerta di prestazioni sanitarie se confrontate con altri tipi di tecnologie più omogenee a causa della suddivisione in classi indicativamente differenti tra loro sia dal punto di vista dell'ambito di utilizzo sia per il significato riabilitativo.

Molte sono le proposte di classificazione, per la verità tutte dotate di razionalità e buon senso; l'architettura che appare la più convincente, completa e largamente condivisa fu elaborata in ambito europeo sotto forma di Norma internazionale ISO 9999:1998 dal Comitato tecnico CEN/TC 173 "*Sistemi ed ausili tecnici per disabili e portatori di handicap*", sottocomitato SC-2 "Classificazione e terminologia", in collaborazione con il Comitato tecnico CEN TC 293 "Ausili tecnici per disabili" che ha sostituito il precedente lavoro di armonizzazione ed il conseguente prodotto, la norma EN 29999 del 1994.

A tale norma si attribuisce lo *status* di norma nazionale mediante la pubblicazione di un testo identico o mediante un'apposita notifica di adozione da parte delle autorità del Paese; entro il mese di ottobre del 1998, le Nazioni aderenti avrebbero dovuto ritirare le proprie discipline o regolamenti se le stesse si fossero dimostrate in contrasto con quella elaborata a livello sovra-nazionale.

La sigla **ISO** (*International Standardization Organization*) si riferisce ad un ente sovranazionale che è la federazione mondiale degli organismi nazionali di normalizzazione mentre l'elaborazione delle liste compete ai comitati tecnici operanti nell'ISO.

Ogni organismo nazionale interessato ad un argomento per il quale è insediato l'apposito comitato tecnico ha il diritto di essere rappresentato in esso, ma ai lavori partecipano anche le organizzazioni internazionali, governative e non, in rapporti di cooperazione con l'ISO.

La norma attuale si fonda sullo *Standard Internazionale ISO 9999:2011*, a sua volta recepito come **Standard Europeo EN 29999** e come **Standard Italiano UNI-ISO 9999** ed è organizzato in base alla **funzione principale** dei prodotti inclusi.

E' questa, quindi, più che la tipologia merceologica a qualificare il dispositivo come **ausilio**: non è infatti rilevante sotto il profilo classificatorio che un ausilio espliciti la sua funzione (*es. facilitare la persona nella scrittura*) attraverso tecnologie meccaniche piuttosto che informatiche o con semplici “accorgimenti” anche a basso contenuto tecnologico.

Ciò significa che ogni classe ISO comprende inevitabilmente una varietà disomogenea di prodotti, strutture e tecnologie sovente refrattaria ad una sistematizzazione interna più fine per singola classe.

Articolato in tre distinti livelli gerarchici lo standard è strutturato in **12 classi, 131 sottoclassi, 788 divisioni** ed a ciascuno è attribuito un codice a due cifre (*da 00 a 99*) e una denominazione.

In genere, le parti, gli accessori, le modifiche, gli adattamenti di ausili sono classificati insieme all'ausilio principale; se però tali componenti sono relative ad un gruppo di ausili diversi allora vengono classificati a parte (*Accessories for ...*) e, di solito, collocate vicino a tali ausili; le classi non si sovrappongono tra loro in relazione alla funzionalità principale, le sottoclassi non si sovrappongono rispetto alla funzionalità specifica e, da ultimo, le divisioni non si sovrappongono rispetto ai singoli prodotti.

È sempre presente un testo esplicativo o una breve spiegazione, talvolta, alcuni esempi che illustrano le caratteristiche dei dispositivi inclusi; può esserci un riferimento che rimanda ad altre parti o sezioni per indicare la corretta collocazione degli articoli la cui funzione può comportare una ragionevole ambiguità circa l'esatta posizione nella lista da cui discende l'attribuzione del codice.

Sono esplicitamente esclusi da tale classificazione i seguenti elementi:

- a)**- gli articoli utilizzati per l'installazione degli ausili tecnici;
- b)**- i dispositivi compositi non sono automaticamente incorporati nella classificazione anche se possono esserlo alcuni componenti;
- c)**- i medicinali, cioè i prodotti registrati come tali dalle aziende che li producono e distribuiscono attraverso la filiera farmaceutica;

- d)- gli ausili e gli strumenti utilizzati **esclusivamente** dal personale sanitario;
- e)- il sostegno finanziario, le indennità ed altre soluzioni non di tipo tecnico come l'assistenza personale, i cani guida, le scimmie, la lettura del movimento delle labbra, ecc.;
- f)- i dispositivi impiantabili.

L'approccio più omnicomprensivo, meno influenzato dai sistemi di erogazione, dalle procedure di fornitura, dalle singole norme amministrative e dalle realtà politiche e sanitarie definisce gli ausili *“prodotti, strumenti, attrezzature o sistemi tecnologici, di produzione specializzata o di comune commercio, **esterni, durevoli, finalizzati ad un utilizzo individuale e destinati a facilitare o sostenere l'autonomia della persona**”* raccordandosi con la moderna visione del progetto riabilitativo individuale.

Il termine **esterno (1)** segnala l'esclusione dei dispositivi che richiedono l'impianto chirurgico o un contatto invasivo del corpo: in questo senso, risulta evidente che nella nozione di ausilio sono inclusi anche molti dispositivi che non necessariamente rientrano nella definizione di dispositivo medico anche se in Italia agli ausili per persone disabili nella **Classificazione nazionale dei dispositivi (CND) (NOTA alla pagina seguente)** è stata attribuita la categoria **“Y”**.

Il termine **durevole (2)** indica che si devono escludere i cosiddetti dispositivi monouso che, assolta la propria funzione immediata (*da qualche ora ad alcuni giorni*), non sono riutilizzabili; in proposito, è singolare che nell'ordinamento sanitario italiano, la fornitura di tali prodotti si collochi nell'assistenza protesica a causa di un'antica decisione di tipo politico; il termine **utilizzo individuale (3)** esclude i prodotti e le soluzioni finalizzate ad un uso collettivo come gli impianti di sollevamento che nei luoghi pubblici soddisfano i requisiti di piena fruibilità degli spazi previsti dalla vigente norma in tema di accessibilità.

La focalizzazione sull'**autonomia della persona**, infine, oltre che includere e superare la precedente terminologia (*per prevenire, compensare, alleviare o eliminare una menomazione...*), raccomanda l'esclusione dei dispositivi finalizzati a supportare i percorsi di

rieducazione funzionale e di apprendimento che al completamento degli stessi, cessano la loro funzione.

Sono buoni esempi le attrezzature per fisioterapia, gli apparecchi per le esercitazioni individuali, gli strumenti informatici per l'apprendimento di abilità e/o competenze sancendo così l'esclusione degli strumenti di *rehabilitation-technology* ed *educational-technology* in uso presso centri e strutture riabilitative come palestre, piscine e ambulatori.

La struttura dell'elenco, infine, rende possibile l'aggiunta di ulteriori livelli in qualsiasi parte della classificazione per rispondere ad esigenze nazionali o locali fermo restando l'impianto generale che, oltre a promuovere la comunicazione e l'uso di un linguaggio comune in materia, è stato sviluppato in previsione della creazione di un *data-base* sovra-nazionale per sistemi informativi e per la produzione di statistiche relative alle forniture: tale funzione primaria, espressamente richiesta dagli organismi internazionali, deve essere mantenuta.

*BOX di APPROFONDIMENTO (NdT) – Si riporta la **definizione istituzionale** di “dispositivo medico” (d.lgs. 24 febbraio 1997, n.46, emendato dal d.lgs. 25/01/2010, n.37 “Recepimento Direttiva 2007/47/CE”): “Qualsiasi strumento, apparecchio, impianto, sostanza o altro prodotto, utilizzato da solo o in combinazione (**compreso il software informatico impiegato per il corretto funzionamento**) e destinato dal fabbricante a essere impiegato nell'uomo a scopo di diagnosi, prevenzione, controllo, terapia o attenuazione di una malattia; di diagnosi, controllo, terapia, attenuazione o compensazione di una ferita o di un handicap; di studio, sostituzione o modifica dell'anatomia o di un processo fisiologico; di intervento sul concepimento, il quale prodotto non eserciti l'azione principale nel o sul corpo umano cui è destinato, con mezzi farmacologici o immunologici mediante processo metabolico ma la cui funzione possa essere coadiuvata da tali mezzi”.*

Sono classificati in quattro classi a livello di complessità crescente e di rischio potenziale per gli utenti, possono essere messi in commercio nel territorio dell'UE previo ottenimento della certificazione CE il cui significato è garantire che il prodotto sia stato sottoposto a procedure di

valutazione di conformità che attestano la rispondenza ai requisiti essenziali delle direttive di riferimento. Per i *medical devices* inclusi nelle classi ad eccezione della I°, la certificazione viene rilasciata dagli Organismi Notificati accreditati in qualsiasi Paese europeo in base alla scelta e su richiesta del fabbricante.

Tutti i dispositivi medici commercializzati in Italia devono essere registrati nella banca dati del Ministero della salute come previsto dal dm 21 dicembre 2009 “Modifiche ed integrazioni al decreto 20 febbraio 2007 recante «Nuove modalità per gli adempimenti previsti per la registrazione dei dispositivi impiantabili attivi nonché per l'iscrizione nel Repertorio dei dispositivi medici” (G. U. 22 gennaio 2010, n. 17).

E' opportuno chiedersi quali sono le relazioni e connessioni che intercorrono tra i dispositivi medici e gli ausili tecnici nel “perimetro” normativo ed ordinamentale dell'assistenza protesica?

Nell'elenco 2B “Ausili di serie”, è riportata l'indicazione “*I dispositivi medici elencati devono essere conformi al d.lgs. 24 febbraio 1997, n.46 in attuazione della direttiva 93/42/CEE*” che ha prodotto preoccupazioni sull'interpretazione, alcuni interrogativi allarmati e, in alcuni casi, ha comportato l'esclusione del prodotto dalle procedure di gara.

La frase intende **esclusivamente** segnalare che tra i prodotti elencati sono inclusi molti dispositivi medici come, ad esempio, i ventilatori ed i respiratori, gli ausili anti-decubito o quelli per la mobilità che sono storicamente oltre che abitualmente assoggettati al provvedimento citato, **ma non significa affatto che tutti gli ausili inclusi negli elenchi siano necessariamente dispositivi medici.**

La definizione di *medical-device*, proprio in quanto ampia nel senso di “**inclusiva**”, può prestarsi ad interpretazioni e risulta di certo controverso far rientrare nella categoria taluni dispositivi utilizzati in campo sanitario ma non espressamente e necessariamente prodotti per esso o articoli che sono regolati da altre direttive o altri, ancora, che non sono regolati da alcuna direttiva specifica, trattandosi di prodotti di libera vendita.

Anche la Comunità europea dibatte tale questione: i **prodotti *borderline***, così definiti convenzionalmente poiché per natura non appartengono con certezza ad un determinato settore e si collocano “*al limite*” tra la definizione riconosciuta di dispositivo e quelle adottate dalle norme regolatorie di altri settori, possono ricadere nell’ambito di applicazione delle direttive sui dispositivi medici o di altre direttive quali quelle sui farmaci, biocidi, cosmetici, integratori, che vantano con chiarezza una finalità medico-sanitaria o sui prodotti per la protezione individuale (**DPI**), sulle apparecchiature estetiche o altro, sebbene per essi non sia stata indicata una destinazione d’uso confacente.

A dirimere dubbi e controversie, la Commissione Europea ha appositamente istituito il gruppo di lavoro “***Borderline and Classification Medical-Devices Expert group***” con l’esplicito mandato di decidere sulla corretta collocazione dei prodotti *borderline*.

Particolarmente dibattuta a livello comunitario ad esempio, è stata la demarcazione con i medicinali definiti come “sostanze (o associazioni di sostanze) utilizzate o somministrate sull’uomo a scopo terapeutico, preventivo, diagnostico ed allo scopo di ripristinare, correggere, o modificare funzioni fisiologiche esercitando un’azione farmacologica, immunologica, o metabolica (*d.lgs. 219/2006, art. 1, comma 1, lett. a*)”.

Infatti, nel caso dei prodotti erogabili nell’assistenza protesica, non si può escludere che le definizioni di alcune medicazioni speciali per il trattamento delle lesioni da pressione (*cod. 04.49*), inserite per garantire la completezza dei nuovi elenchi, corrispondano a prodotti che le aziende che li commercializzano hanno registrato come farmaci.

In tal senso, non risulta, al momento, che siano stati mossi rilievi né sorte preoccupazioni circa la legittimità dell’inclusione con eventuali ricadute sui capitoli speciali elaborati dalle Asl.

In ogni caso, le norme comunitarie fanno ricadere nell’area di responsabilità tipica del fabbricante decidere se il proprio prodotto rientra nella **definizione di dispositivo medico** (*art. 1, comma 2, d.lgs. 46/1997*) in base alla destinazione d’uso che sarà indicata all’atto della registrazione accompagnata dalla specifica documentazione che costituisce il *dossier* di

presentazione sebbene alcune opinioni autorevoli della comunità scientifica riterrebbero più appropriata la collocazione tra i medicinali.

In tal senso, ancora più emblematico è il caso che riguarda gli ausili ICT.

Sono certamente ausili (*Technical-Tools*) e rientrano nel più generale insieme dei dispositivi medici (*Medical-Device*) sempre che il **fabbricante** o il **mandatario** (*in base alle definizioni adottate dal d.lgs. 46/97*) **abbiano segnalato una specifica destinazione d'uso per la disabilità e/o la non-autosufficienza.**

Un sintetizzatore di voce, dispositivo *hardware* o *software* che traduce in forma vocale qualunque testo digitale a vocabolario illimitato potrebbe certo “nascere” come dispositivo medico, ma se fosse solo l'applicazione brevettata per l'uso sugli apparecchi per la telefonia mobile, avrebbe senso discriminarlo perché non in possesso della marcatura come dispositivo medico nell'ipotesi di valutare una prescrizione specialistica che lo indica come soluzione tecnologica adatta alle esigenze comunicative di un assistito?

Un lettore di schermo (*screen-reader*) “funziona” certamente per un utente disabile, ma potrebbe non essere un dispositivo medico come altri programmi e *software*; alcuni sensori di comando per la domotica, auricolari, leggi, pinze manuali, bracci di sostegno per il fissaggio di ausili informatici e per comunicazione non sono di sicuro dispositivi medici, eppure sono abitualmente usati per gli utenti con disabilità.

Viceversa, deve sottolinearsi con la dovuta energia che **non può e non deve essere compito delle stazioni appaltanti** nell'esercizio delle proprie funzioni, comparare e valutare gli ausili presentati in gara o scegliere mediante le procedure di acquisto, determinare di escludere pretestuosamente dal confronto concorrenziale prodotti che, pur pienamente rispondenti alle caratteristiche e ai requisiti indicati nell'elenco 2B riservato agli ausili ICT e per questo motivo prescritti agli assistiti, potrebbero non risultare registrati come dispositivi medici.

Soprattutto se, in buona sostanza proprio dal punto di vista delle disposizioni comunitarie, tutto sembra circoscriversi al fatto che i *medical-devices* dispongono di certificazione e marcatura CE a garanzia che il prodotto è stato sottoposto alla valutazione di conformità attestante la

rispondenza ai requisiti essenziali previsti dalle direttive di riferimento approvate in sede comunitaria e **NULLA DI PIÙ, né sul piano tecnologico, qualitativo né per quanto attiene alle potenzialità d'uso, alla sicurezza e all'efficacia.**

Nonostante ciò, è necessario e opportuno comunicare che residuali dubbi interpretativi e polemiche probabilmente eccessive hanno indotto una convinta variazione nella stesura approvata del testo del dPCM del gennaio 2017: in attesa di prossima pubblicazione, infatti, la frase è così sostituita: *“I prodotti inseriti nel presente elenco e classificati come dispositivi medici devono essere conformi al d.lgs. 24 febbraio 1997, n.46 in attuazione della direttiva 93/42/CEE”*.

Gli obiettivi degli ausili

Accanto alla precedente classificazione da considerarsi il riferimento istituzionale che è fondamentale conoscere a fini di studio e insegnamento oltre che per l'applicazione nell'assistenza protesica, si sono stratificate differenti forme di catalogazione e dizioni comuni degli ausili anch'esse connotate in base alla destinazione d'uso, ma che il tempo e la pratica hanno reso più immediato e popolare il riconoscimento della funzione principale, creato una sorta di “linguaggio degli scambi” contrassegnando la particolare attitudine produttiva delle aziende del mercato e indicando le corrispondenti presenze e posizionamento nell'ambito di circuiti commerciali diversi della distribuzione intermedia.

Sostituendo un segmento corporeo assente, restituiscono alla persona parziali funzionalità e sono denominati **protesi**; quando sostengono o migliorano la funzionalità di una struttura presente ma compromessa sono definiti **ortesi**.

Quando aumentano capacità e prestazioni in determinate attività senza necessariamente recuperare le funzioni che normalmente ad esse sottostanno, sono definiti **ausili adattativi** [(o ausili per la vita quotidiana (**AVQ**)). Possiamo definire **ausili ambientali** quelli impiegati per rendere più fruibile ed accessibile l'ambiente di vita dell'utente e si parlerà infine di **ausili**

assistenziali quelli in grado di sostenere e rendere meno gravoso il compito di un familiare o di un assistente impegnati in operazioni di cura e di sostegno della persona.

Per quanto quasi tutte le famiglie degli ausili trovino posto nella precedente suddivisione, nel linguaggio corrente si usano definizioni più particolareggiate come, ad esempio, **ausili per la mobilità personale**.

Anche la letteratura concorre alla definizione di specifiche sotto-categorie caratterizzate da una funzione ancor più precisa e specifica anche per confrontarne requisiti tecnici e caratteristiche strutturali, risultati ed efficacia: buoni esempi sono le definizioni dei cosiddetti **ausili posturali** e degli **ausili verticalizzanti** in cui sono rispettivamente evidenziate la capacità di “accogliere” con comfort e precisione l’utente e di consentirgli un movimento più sciolto e naturale passando dalla posizione seduta a quella eretta in modo assistito.

Altrettanto frequente è la dizione **ausili per la comunicazione** [*altri autori li definiscono dispositivi di Comunicazione Aumentativa e Alternativa (CAA)*], che al suo interno può essere ulteriormente distinta in **ausili sensoriali**, usati da persone con deficit visivi e uditivi tra cui gli occhiali, le LAC, gli apparecchi acustici, gli ingranditori, ecc. ed **ausili cognitivi**, che facilitano l’autonomia in presenza di disturbi della memoria, dell’attenzione e dell’apprendimento.

Infine, poiché in Italia sono forniti nell’assistenza protesica si parla diffusamente di **ausili monouso** quando si fa riferimento ai dispositivi medici che sono concepiti e destinati ad essere utilizzati dalla persona una sola volta pur in ambiti e situazioni differenti; dal punto di vista normativo, tra l’altro, l’indicazione monouso - in inglese “*disposable*” o altra espressione equivalente - deve comparire sull’etichetta della confezione di vendita.

Per la formulazione dei nuovi elenchi, tali distinzioni hanno un valore puramente indicativo e non sono utilizzabili come criteri classificatori in qualche modo alternativi: non sempre, infatti, è possibile stabilire un confine netto tra l’una e l’altra categoria, anzi, sono frequenti i casi in cui l’ausilio può svolgere contemporaneamente più ruoli.

Ad esempio, un comunicatore simbolico, a seconda della sua potenza espressiva e della situazione in cui opera l’utente può essere visto in senso protesico (*sostituire la funzione*

“voce” della persona) oppure come ausilio per espletare specifiche attività quotidiane che comportano la produzione di determinati messaggi (*ausilio adattativo*) così come un sollevatore (*mobile o fisso*) è insieme un ausilio che favorisce l’assistenza della persona e un adattatore dell’ambiente di vita dell’utente.

In ogni caso, qualsiasi distinzione compresa la classificazione internazionale è utile a definire l’obiettivo dell’ausilio da usare nel contesto di un programma riabilitativo evidenziando come la soluzione tecnologica individuata dalla prescrizione si colloca sempre in un *continuum* che impegna considerazioni relative alla **persona** (*caratteristiche somatiche, stato di salute, patologia o lesione, indicazioni/controindicazioni cliniche, ecc.*), alle **attività** (*obiettivi di autonomia, task operativi, ecc.*) ed all’**ambiente fisico** (*spazi, tecnologie, barriere, ecc.*) e **umano** (*famiglia, assistenza personale, struttura residenziale, fattori socio culturali, ecc.*) dove la persona vive e svolge le attività (**R. Andrich, Fondamenti della nomenclazione, 2003**).

La corretta definizione dell’obiettivo è necessaria per una prescrizione appropriata e dovrà considerare l’insieme delle tre dimensioni persona/attività/ambiente e, dunque, individuare una soluzione che, nel complesso, sia **consonante** (*adeguata alle caratteristiche dell’utente*), **competente** (*che funzioni bene e che consenta di svolgere le attività prefissate al livello di performance desiderato*) e **contestuale** (*compatibile con le caratteristiche dell’ambiente di vita e con le esigenze espresse da altri attori coinvolti, quali familiari e eventuali assistenti personali*) (**A. Ferrari et al., 1992**).

E’ una raccomandazione di grande importanza: non a caso nonostante gli sforzi e l’impegno di tutti gli attori coinvolti non è facile abbinare la corretta tecnologia alle persone.

Sebbene i cambiamenti e le innovazioni abbiano reso più facile per le persone con disabilità fare molte cose, saranno sempre fondamentali gli strumenti valutativi ed i processi di selezione per determinare e stabilire l’associazione più funzionale ed adeguata; tra questi il più noto è il cosiddetto “pacchetto” di strumenti valutativi sorto negli Stati Uniti e noto come **Matching Person and Technology** (MPT, M. Scherer, 1991).

Tale difficile abbinamento è segnalato in molti Paesi, prescinde dal sistema di garanzia vigente, servizio sanitario pubblico, a prevalente base assicurativa o misto ed i segnali di difficoltà, le lamentele e le insoddisfazioni degli assistiti e l'impegno per superarle o contenerle sono presenti tanto nei sistemi in cui la scelta avviene in ambito sanitario, come è in Italia, quanto nei sistemi in cui l'individuazione e la successiva assegnazione degli ausili tecnici sono a carico dei sistemi sociali e delle municipalità.

Infine, va affermato con forza che esiste un vasto consenso nella letteratura internazionale (*Cook A., Hussey S., St. Louis: Mosby, 2002*) di come tali complessità e difficoltà nelle valutazioni che precedono le prescrizioni devono affrontarsi con il carattere della multidimensionalità e che a tale opzione siano costantemente associati gli esiti di maggiore efficacia.

Anche per questo motivo nella trattazione dei vari argomenti si farà costante riferimento all'espressione "*team (o équipe)*" e non solo al medico specialista perché le valutazioni collegiali effettuate all'interno di un gruppo di competenze interdisciplinari coincidono con i migliori esiti e con risultati di maggiore gradimento per gli utenti.

BOX di APPROFONDIMENTO – Cosa aspettarsi dall'ausilio: la posizione degli utenti [il testo è riadattato dall'editoriale della redazione di DM, periodico della Unione Italiana Lotta alla Distrofia Muscolare (UILDM, rivista n.153 (ottobre 2004 e aggiornamento 2005)]

«L'ausilio non è una condanna, ma uno strumento di aiuto alla persona. Sia chiaro, chiunque sarebbe ben contento di poterne fare a meno, ma bisogna essere realistici e soprattutto reattivi. L'ausilio può restituire o conservare l'autonomia, migliorare la qualità della propria vita e di quella dei propri cari».

«L'ausilio da solo non restituisce l'autonomia. L'autonomia si sviluppa dentro la persona, non risiede negli ingranaggi della carrozzina o nella potenza del sollevatore. L'autonomia personale si conquista non solo attraverso gli ausili, ma ripensando i propri spazi, riorganizzando la propria vita, valutando il nuovo modo di muoversi, in funzione delle diverse possibilità fisiche.

Non è necessario procedere a delle rinunce, ma certamente riflettere su ciò che è attorno e su cosa è indispensabile per poter vivere normalmente: un ausilio? un ambiente nuovo o diverso? l'aiuto di una persona? nuove iniziative, un progetto di vita? tutto questo contemporaneamente?».

«Il primo “esperto” degli ausili è l'utilizzatore perché conosce il proprio stile di vita, sa com'è fatta la casa, l'ufficio, la scuola. E' in grado di valutare fino a che punto si riescono a svolgere determinate azioni, come vestirsi, sfogliare un libro, comandare un joystick o un telecomando. L'abilità sta nell'elaborare tutte queste informazioni per poi comunicarle al componente dell'équipe o al tecnico di fiducia. Poiché non è necessario disporre di una “mitragliatrice” quando lo “schiaccia-mosche” può essere sufficiente, l'esperienza matura con il tempo e consentirà di distinguere il tecnico preparato e collaborativo dall'abile venditore che ha in mente fini esclusivamente commerciali».

«L'ausilio che va bene per altri utenti che, legittimamente soddisfatti o addirittura entusiasti ne diffondono la conoscenza, può essere un impedimento per altri assistiti. Le persone sono individui, ognuno con diverse esigenze, desideri, aspettative e stili di vita e non è quindi possibile che un ausilio possa efficacemente soddisfare esigenze di più persone. Tuttavia, è essere utile informarsi se altri elementi accomunano due soggetti affetti dalla medesima patologia. Abitualmente, il team che prescrive effettua tali valutazioni e si domanda se l'ausilio richiesto comporta vantaggi a casa, sul posto di lavoro o benefici nel corso delle abituali attività del quotidiano. Può essere necessaria una doverosa cautela: talvolta una carrozzina potente, sofisticata e performante non passa sotto il tavolo di lavoro e non entra nell'ascensore di casa, una porta troppo stretta è un ostacolo insormontabile per farci passare un letto motorizzato. L'estetica accattivante di carrozzine coloratissime e superleggere potrebbero non associarsi a persone con necessità di contenimento della postura».

«Occorre chiedere, informarsi, documentarsi (Internet, cataloghi, riviste, fiere, mostre, ecc.) e non accontentarsi di una sola fonte, specie se in conflitto d'interessi. Se non è abituale prassi, sarebbe opportuno chiedere al team che prescrive di provare l'ausilio individuato o selezionato. Gli ausili veri e propri sono quelli che per loro vocazione costruttiva sono stati realizzati per un

utente disabile. Ma ci sono anche prodotti di comune reperibilità che possono aiutare a raggiungere un buon livello di autonomia: un semplice telecomando, un citofono senza fili, un'asta telescopica o altre soluzioni che potrebbero derivare dalla manualità e dell'inventiva di un artigiano o di un amico, ma reperibili nel comune commercio».

«Quando l'ausilio non è più necessario o non è più adatto, non lasciarlo arrugginire in cantina. Se è uno strumento che può servire in caso di emergenza, lo si mantenga sempre efficiente. Se si è certi di non usarlo più, faresti meglio a restituirlo alla ASL o cederlo a qualcuno cui possa essere utile. Oltre che compiere un gesto civico, un altro utente potrebbe trarne beneficio».

Gli aspetti rilevanti delle procedure di acquisto

Nell'illuminante introduzione alla 2° edizione del libro "Processi di acquisto di beni e servizi nelle aziende sanitarie", (F.Amatucci & S.Mele, Ed.Egea, febbraio 2012), il prof. Elio Borgonovi illustra quattro aspetti di tali attività e ne tratteggia le condizioni rilevanti per il raggiungimento degli esiti attesi.

Con l'**organizzazione della funzione** si intendono tanto le persone, dal singolo funzionario ai componenti degli staff, che abitualmente costituiscono le risorse umane degli uffici cui è demandata la responsabilità degli acquisti, ma è anche il complesso degli atti e dei processi attraverso i quali si individuano i fornitori, le offerte sono selezionate e gli ordini emessi, sono ricevuti i corrispondenti prodotti ed utilizzati i servizi.

E' un settore in costante e rapida evoluzione normativa e giurisprudenziale che non si limita a richiedere la corretta soluzione delle principali problematiche giuridiche fornendo un contributo efficace alla predisposizione di documenti, atti, contratti e relazioni ma di elaborare adeguate strategie procedimentali e di tutela in termini di responsabilità sanitaria alla luce dei diversi assetti e di alcuni provvedimenti in corso di adozione.

I due modelli logici cui ricondurre le procedure sono gli acquisti **decentrati** e quelli **centralizzati**, non necessariamente in contrapposizione tra loro, perché è possibile e per molti aspetti necessario utilizzarli padroneggiandoli entrambi e decidendo quali beni da acquisire dal mercato assoggettare al primo modello e quali al secondo.

Gli acquisti decentrati hanno il potenziale vantaggio di consentire l'approvvigionamento di beni e servizi coerenti e di più immediata contiguità con i percorsi e le esigenze assistenziali in essere (**economie di specializzazione**) mentre l'altro sistema ha il vantaggio teorico di attribuire una maggiore forza contrattuale all'azienda nei confronti dei fornitori (**economie di dimensione**) e di favorirne perciò una particolare confidenza nei processi di analisi del mercato e incoraggiare la correttezza delle procedure.

In entrambi i casi, tuttavia, si fa riferimento a vantaggi **teorici e non effettivi** perché, senza il ricorso a strategie coordinate ed in mancanza di funzionari con specifiche professionalità in grado di usare con la necessaria competenza gli strumenti a disposizione, i metodi di acquisto decentrati potrebbero portare all'acquisizione di beni e servizi non adeguati ed a costi più elevati mentre gli acquisti centralizzati, che di solito consentono costi economicamente più convenienti, potrebbero determinare tempi ed esiti non compatibili con la qualità dei beni tecnologici da cui dipendono il soddisfacimento delle attese dell'utenza.

Le **capacità professionali degli operatori responsabili** hanno un'influenza non trascurabile sulle procedure di accesso al mercato. In passato erano prevalenti le professionalità giuridico-amministrative per via della natura pubblicistica delle operazioni da svolgere che imponeva la conoscenza e la padronanza di metodi a garanzia della trasparenza e cioè, gare ad evidenza pubblica oppure indette in base ai principi dell'Unione Europea e lo strumento della licitazione privata impiegato esclusivamente in presenza di condizioni ben definite.

In seguito, l'attenzione si è spostata sulle competenze di carattere economico per la necessità di riferirsi alla capacità di realizzare acquisti a prezzi più convenienti e idonei all'auspicato contenimento della spesa.

Oggi sono richieste conoscenze e abilità di carattere più ampio (*analisi di mercato, capacità di negoziare con i fornitori*) che si riconoscono nel cosiddetto “*marketing degli acquisti*” (*) inteso come capacità di attrarre le offerte economicamente più vantaggiose che, per inciso, non può ridursi al semplicistico approvvigionamento dei beni al costo più basso, ma deve puntare al migliore rapporto tra i costi da sostenere e le altre condizioni dello scambio.

(*) *BOX di APPROFONDIMENTO* – Una buona definizione di “**marketing degli acquisti**”, disciplina nata nell’ambito dell’economia aziendale è : “*attività strutturate, non occasionali, di natura iterativa, con l’obiettivo di monitorare i mercati di approvvigionamento, consolidati o potenziali, offrendo gli elementi indispensabili alla definizione del rapporto di fornitura; strumento di ricerca, analisi, confronto e valutazione di nuove fonti di approvvigionamento al fine di influenzare il mantenimento di relazione “evolute” con i fornitori.*”

In una realtà globalizzata e così fortemente competitiva non vi è più spazio per l’improvvisazione: il “**fai da te**” nonostante in passato gli siano stati affidati interi settori commerciali di scambio pubblico/privato comporta sovente pericolose conseguenze tanto sul piano formale delle procedure in uso quanto sul piano sostanziale riguardo l’efficacia degli acquisti.

Il “**modus operandi**” radicato nelle consuetudini è insufficiente a raggiungere il livello delle prestazioni richieste non solo per le aziende di profitto ed alle prove che attendono l’acquirente pubblico: è quindi impossibile prescindere da solide ricerche e tecniche di analisi per impostare gli acquisti con maggiore oculatezza e con migliore capacità di gestione delle risorse.

Al netto di incresciosi comportamenti opportunistici quando non dolosi e, tanto per essere chiari, la visione tradizionale dell’acquirente pubblico attribuiva ai fornitori il ruolo di virtuali “nemici dell’azienda” perché visti come abili manipolatori e portatori solo di costi e qualsiasi relazione commerciale pubblico/privato era permeata da forti diffidenze e da un atteggiamento pregiudizialmente difensivo.

Tali sospetti, quando non generavano aperti conflitti, conducevano ad estenuanti contrattazioni sui prezzi per spuntare la miglior condizione al ribasso.

Il tempo e l'esperienza hanno mostrato che la possibilità di rapportarsi con i fornitori in modo trasparente e disciplinato, equo e collaborativo contribuisce meglio alla richiesta di razionalizzazione senza detrimento per la qualità dei prodotti acquisiti.

Così nell'ambito delle discipline economiche aziendali, si sono sviluppate nuove strategie per ottimizzare le operazioni di fornitura comprando al meglio in termini di prezzi, qualità e tempi di consegna, minimizzando tutte le componenti di rischio dell'approvvigionamento, instaurando nel contempo una *partnership* equilibrata, trasparente e funzionale con i soggetti del mercato.

In realtà, le fasi di questa moderna forma di *procurement* non differiscono da quelle caratteristiche del marketing tradizionale:

1. L'**analisi**, intesa come ricognizione e studio degli elementi esterni: ambiente socio-economico, finanziario e culturale; mercati di riferimento e rapporto domanda/offerta in relazione ai fabbisogni aziendali; corretta e precisa classificazione dei prodotti in base al loro effettivo contributo alla realizzazione di prestazioni/attività; valutazione dei mercati di settore e relativi canali distributivi per distinguere e classificare i fornitori in base alle capacità produttive, politiche commerciali, diversificazione dei prodotti, altro.
2. La **pianificazione** è la definizione di strategie di approvvigionamento allineate con gli obiettivi dell'Asl in cerca di fornitori migliori che col tempo possono trasformarsi in partner; buoni livelli di *procurement-mix* cioè prodotti di punta, prezzi di riferimento, fonti di acquisto e concorrenti in alternativa; adeguata programmazione di ri-approvvigionamento per contenere le scorte; buone capacità relazionali e di comunicazione all'esterno.
3. La **realizzazione** si riferisce alla definizione di accordi commerciali con fornitori stabili ma non eterni, solidi ma trasparenti; inevitabile contributo di flussi informativi snelli ma sensibili nel percepire le differenze tra le esigenze di aree e Centri di costo differenti con il mercato; controlli sulle aggiudicazioni e sui prodotti forniti; segnalazione di eventuali scostamenti ed individuazione di aree di miglioramento e dei correttivi da apportare.

L'**utilizzo del Web** può accrescere, se ben usato, il livello di esperienza degli uffici, le competenze e la formazione dei singoli operatori ma può essere usato per acquisizioni dirette attraverso l'accesso ai mercati virtuali e all'acquisto *on-line* non a caso previsto e suggerito anche dalle vigenti norme in materia.

Non va trascurato l'attenzione alla **programmazione dei consumi**: non a caso, infatti, la stima della domanda dei servizi di tutela della salute, delle metodiche diagnostiche, terapeutiche e riabilitative con cui rispondere alle pressanti richieste dell'utenza ed il livello di efficienza organizzativa interna raggiunto consente di definire con maggiore precisione la quantità e la qualità dei beni e dei servizi necessari e la loro distribuzione nel tempo.

E' un ambito sostanzialmente privo di regolamentazioni o di apposite previsioni normative in cui la variabilità delle esigenze, la marcata imprevedibilità temporale cui fare fronte che si traducono nelle richieste dei Centri di costo in cui il territorio della Asl è articolato e la disponibilità delle risorse finanziarie deliberate e stanziare dalla Direzione strategica per garantire la copertura di tutte le acquisizioni **impone** pressoché esclusivamente l'adozione di scelte affidate all'**esperienza professionale**, al confronto delle conoscenze tra ordinatori ed esecutori ed alle relative **capacità di mediazione** pur nel dualismo e l'insufficiente sinergia che si instaurano tra il mondo sanitario e la componente amministrativa.

Infatti, all'aumentare della complessità delle necessità di salute cui è possibile fare fronte grazie al progresso scientifico e alla molteplicità di metodiche terapeutiche e assistenziali tra loro alternative corrisponde una crescente esigenza di coordinamento tra le professionalità delle due aree caratterizzate da condizioni operative e dinamiche del tutto proprie e che, in alcuni settori delle attività sanitarie, appaiono inconciliabili.

Ai primi è richiesta una più rigorosa capacità di programmazione, pur nell'ambito della flessibilità che caratterizza atti medico-specialistici non standardizzabili a priori; ai secondi, è

richiesta la capacità di prospettare percorsi alternativi che consentano scelte più razionali garantendo, nel contempo, tempi certi delle risposte e qualità dell'offerta.

Infine, non di rado, ai processi di acquisto sono associati e collegati a quella che viene definita da tempo la “**questione morale**”.

La rilevanza economica degli **acquisti** che rappresenta la seconda voce di spesa dopo le spese per il **personale** comporta che quando i suoi meccanismi sono poco governati, scarsamente disciplinati e per nulla monitorati, inducono con facilità comportamenti illeciti di collusione e di corruzione.

Oltre a causare costi elevati in ragione di prezzi più alti di quelli tecnicamente possibili e di sprechi per acquisti poco giustificabili o del tutto inutili, possono diventare pericolosi anche per la platea degli assistiti come, ad esempio, nel caso dei farmaci inutili, di dispositivi medici malfunzionanti e/o di strumenti diagnostici che non danno informazioni corrette agli utenti in un crescendo di “consumismo tecnologico”, indotto e sostenuto dalla pubblicità sempre più pervasiva delle imprese del settore, ma che in concreto non determina vantaggi apprezzabili per la collettività in termini di salute.

Ausili ICT (Information Communication Technologies) [Cod. 22.21 ausili per comunicazione interpersonale; cod. 24.09 ausili per gestire e controllare dispositivi; cod. 24.13 sistemi di controllo a distanza]

L'inserimento di circa 70 ausili **per comunicazione e informazione (CAA)** (*classe 22*) e soluzioni per il **controllo degli ambienti** (*classe 24*) rappresenta una novità dall'impatto organizzativo ed economico non trascurabile sebbene si è confidenti che averne previsto l'erogabilità in risposta alle sollecitazioni dei professionisti della riabilitazione e delle Associazioni delle persone disabili possa preludere ad un positivo riscontro applicativo.

L'enorme diffusione dei dispositivi per comunicazione ed informazione hanno irreversibilmente cambiato il modo di vivere di tanta parte dell'umanità al punto tale da segnare un confine culturale fra epoche pur molto vicine nel tempo ed in questo quadro sarebbe stato

impensabile che alcuni ausili appositamente progettati per persone “con bisogni speciali” non si fossero evolute con altrettanto dinamismo, trainate sia dall’esplosione del mercato di consumo sia dalla maggiore confidenza delle persone nei confronti dei dispositivi tecnologici.

La trasformazione dei concetti di socialità, comunicazione e partecipazione nella società contemporanea unita con la diffusa disponibilità dei dispositivi-simbolo comporta una scivolosità del confine tra le esigenze rilevabili in una cornice riabilitativo-assistenziale soddisfatte dalle forniture in sanità e l’espressa volontà degli assistiti di chiedere al Ssn e alla collettività di farsi carico dell’erogazione dei dispositivi di comune commercio.

Quando è certo che garantiscono le medesime funzioni sono in ogni caso percepiti dagli utenti disabili come stigmatizzazione dello *status*, segno della protezione e prova della volontà di non discriminarli dal resto della popolazione che li acquista e li usa benché il convincimento, privo di reali basi normative, si allontana dall’iniziale significato riabilitativo di fornire strumenti per ridurre il *gap* di partecipazione alle persone con disabilità, pur nell’ambito dell’organizzazione sanitaria.

Gli ausili ICT sono tuttavia poco conosciuti, la loro prescrizione/fornitura è tutt’altro che sistematica all’interno dei percorsi educativi e riabilitativi, la cultura metodologica in gran parte ancora da costruire e sistematizzare; ad esempio, è esclusa dalla formazione di base degli operatori, ancor meno da quella dei medici specialisti.

Si tratta di strumentazioni (*hardware*), applicazioni o programmi informatici (*software*) e sistemi di ausili (*hardware* e *software*) che consentono all’utente disabile di comunicare superando le condizioni di svantaggio e di accedere in autonomia alle informazioni ed ai servizi erogati dai sistemi informatici riducendo l’insufficiente accessibilità.

Molto più di altre categorie non sono efficacemente utilizzabili in egual modo per ogni situazione di disabilità per quanto simili od analoghe possano apparire tanto le condizioni cliniche accertate dall’*équipe* quanto le soluzioni proposte, ma sono strettamente legate alla persona in relazione alla combinazione dei numerosi fattori individuali come età, livello culturale, grado di disabilità, potenzialità residue, effettive abilità, accettazione della tecnologia

d'ausilio od altro senza trascurare il contesto, le finalità e la frequenza con cui saranno utilizzate.

Di certo, possono svolgere un ruolo fondamentale nel favorire l'integrazione sociale delle persone nella consapevolezza che, nella maggior parte dei casi, la loro introduzione comporta un processo delicato e non di breve durata e la necessità di un lavoro di gruppo che poggia su tempo, esperienza e adeguate professionalità.

Fondamentali, in tal senso, sono:

- a)**- una precoce valutazione ed una corretta presa in carico multidisciplinare finalizzata alla appropriata individuazione di quanto necessario;
- b)**- il coinvolgimento attivo della persona interessata nelle fasi preliminari di valutazione perché le *équipe* si accertino delle sue effettive abilità, esigenze, desideri, delle concrete aspettative e priorità rispetto alla migliore proposta tecnologica da applicare;
- c)**- l'integrazione nell'utilizzo della tecnologia scelta, sia nei contesti educativi e di apprendimento, sia nelle situazioni di vita quotidiana attraverso la diretta e consapevole partecipazione delle figure di supporto (*genitori, familiari, docenti, operatori sanitari*);
- d)**- l'aver delineato uno scenario di prospettiva in un progetto di vita complessivo per la persona con tappe intermedie e traguardi scanditi nel tempo.

Per quanto nei nuovi elenchi vi sia molta attenzione nella collocazione delle tipologie e l'attendibilità dei raggruppamenti al 3° livello di codifica per garantire la massima omogeneità funzionale, tecnica ed economica dei modelli, è tuttavia plausibile che, in qualche raggruppamento, la forbice tra le caratteristiche tecnico-funzionali tra i differenti modelli ed i corrispondenti costi di acquisto a prezzo di mercato resti rilevante.

Il rischio è esporre le SA a problemi nell'organizzazione e gestione delle gare, sia per l'accesso al mercato, sia per approfondire ulteriormente confronti e valutazioni per aggiudicare i modelli rispondenti ai requisiti delle prescrizioni.

Si raccomanda, quando non si è sicuri, di affidarsi alla supervisione di centri specializzati per la valutazione delle prescrizioni per validare le richieste frammentarie e provenienti da ambienti e professionisti differenti associandole alle effettive esigenze della persona.

Non sfugge che nel settore si possano annidare pressanti promozioni di carattere esclusivamente commerciale che strumentalizzano e/o speculano sull'evidente delicatezza delle condizioni degli utenti e sfruttino la minore conoscenza e le limitate competenze dei *team* che li prescrivono: si tenga conto in proposito, del vertiginoso dinamismo del mercato che introduce nuovi apparecchi, applicazioni e versioni aggiornate dei programmi con velocità vertiginose.

Si suggerisce pertanto di avvalersi delle professionalità di tali centri come supporto al fine di elaborare bandi di gara e capitolati di acquisto in cui, oltre agli ausili da fornire, sono richieste le prestazioni professionali di allestimento di attrezzature informatiche e di comunicazione (*ausili di classe 22*) e quelle di assemblaggio e inter-connesione delle attrezzature per il controllo ambientale (*ausili di classe 24*) come esplicitamente richiesto negli elenchi.

Gli ausili ICT (**classe 22**) al momento della consegna dovranno essere configurati (*hardware e software*) poiché senza tale intervento non esplicano alcuna funzionalità; il fornitore garantirà sotto la propria responsabilità la verifica della compatibilità tecnologica dei componenti prescritti, stabilirà gli eventuali collegamenti, curerà la messa in funzione e fornirà le istruzioni di base all'assistito e agli assistenti.

Nel caso dei dispositivi di **classe 24**, gli aggiudicatari dovranno garantire l'allestimento che comprende la progettazione del sistema di controllo ambientale, la programmazione dell'apparato di comando, la disposizione ed il collegamento dei satelliti necessari individuati dalla prescrizione, la scelta dell'interfaccia migliore, la messa in uso e le istruzioni di base all'assistito e ai *care-givers*.

Rispetto all'attivazione di altri ausili, entrambe le prestazioni presentano livelli di complessità, di articolazione e di capacità professionali ben maggiori e **per questo motivo sono puntualmente descritte negli elenchi**; tra l'altro, per entrambe sarebbe opportuna e fortemente suggerita una valutazione a domicilio con eventuale *report* fotografico di supporto che includa

la valutazione dell'accessibilità (*spazi, dispositivi già in uso e situazione impiantistica degli ambienti*) e la verifica del reciproco adattamento ausilio-ambiente che concorre in maniera decisiva al buon esito della fornitura.

L'elenco di tali ausili è impostato in modo dinamico: nel mercato, il processo in atto da tempo è quello di basare alcuni componenti degli ausili ICT su piattaforme *hw/sw* standard o, in alternativa, non concepite appositamente per la disabilità mentre la vera innovazione nella predisposizione della lista di tali dispositivi consiste proprio nella possibilità di aprire le prescrizioni **anche** al mercato di prodotti standard, data l'elevata concentrazione di funzioni e dei numerosi livelli di personalizzazione possibili con tali strumenti.

Pertanto, un approccio fermo alla contrapposizione “**dispositivo standard vs dispositivo dedicato**” può risultare superato: un'attenzione eccessiva alla **natura** di queste tecnologie costantemente in evoluzione è marginale se non superflua rispetto all'adeguatezza **funzionale** dell'ausilio, al livello di personalizzazione e alle *performances* che esso rende possibili (**Coordinamento GLIC, comunicazione, febbraio 2016**).

Un ausilio portatile per la comunicazione si può individuare in un prodotto del mercato che si definisce speciale, ma anche realizzare attraverso un *tablet* con opportuno *software*. Per la decisione sarà fondamentale valutare di volta in volta le funzioni occorrenti descritte nel progetto individuale, le abilità, le concrete necessità dell'utilizzatore, le finalità attese, il contesto e le variabili ambientali.

Per ottimizzare la prescrizione dei nuovi ausili occorrerà verificare che possano integrarsi con quelli già in possesso dell'utente, se sono di sua proprietà o sono stati prescritti (*anche questa è una variabile*), se dispongono di caratteristiche compatibili: in questo caso, una prescrizione corretta si potrebbe limitare anche ad un solo componente (*ad es., un software, una “app”, un sistema speciale di accesso, ecc.*).

In altri casi sarà necessario fornire un sistema completo perché l'utente ne è sprovvisto o non si dimostrano adeguate. In tutti i casi, quando si propone un ausilio/sistema tecnologico ci si trova nella positiva condizione di poterne modulare la prescrizione con una flessibilità che va a

vantaggio della personalizzazione della soluzione, genera un coinvolgimento partecipativo dell'utente e un risparmio per la spesa in considerazione del progressivo abbattimento dei costi di acquisto dei sistemi standard.

Riguardo all'esempio dell'ausilio portatile per la comunicazione, è stato recentemente stimato da fonti autorevoli che il costo di acquisto di un dispositivo basato su componenti standard (*tablet, smartphone, altro*) comporta una spesa fino a **10 volte inferiore** agli ausili progettati per la disabilità spesso caratterizzati da costi non contenuti sebbene in costante diminuzione; tuttavia, occorre considerare altri aspetti come la robustezza e la durabilità dei dispositivi ed eventuali costi accessori (*aggiornamenti, abbonamenti, ecc.*), la possibilità di adeguare il sistema nel caso di mutate condizioni dell'utente e la possibilità del riutilizzo dopo il periodo d'uso.

Per autorizzare ed erogare una prescrizione economicamente sostenibile è necessario essere costantemente aggiornati sia sulla conoscenza tecnica sia sulle dinamiche del mercato.

Una particolare riflessione merita la scelta di utilizzare gli ausili ICT nel trattamento dei bambini e degli adolescenti con disturbi dello spettro autistico (**DSA**) che negli ultimi anni mostra percentuali in progressivo aumento a testimoniare l'instaurarsi di una certa tendenza.

Dagli studi disponibili, già inclusi nel **documento SIGN (Scottish Intercollegiate Guidelines Network, Edinburgh, 2007)** o individuati dalla ricerca in letteratura condotta per l'elaborazione della Linea Guida a cura dell'Istituto Superiore di Sanità congiuntamente con il Ministero della salute e l'attiva partecipazione dell'**Asl 6 di Livorno**, emerge che le prove scientifiche a favore dell'efficacia degli interventi a supporto delle abilità comunicative non sono conclusive e derivano da un numero troppo limitato di analisi di casi-studio per una conclusiva dimostrazione di utilità.

Le informazioni al momento disponibili consentono solo di avanzare un'ipotesi di efficacia per questi interventi che studi futuri dovranno meglio approfondire per confermarla e per quantificarne l'entità.

In ogni caso, appare utile riportare la seguente raccomandazione affinché gli specialisti eventualmente coinvolti nella prescrizione sappiano valutare con la necessaria attenzione le esigenze dei giovani assistiti e verificare con approfondimento gli esiti: *“L’utilizzo di interventi a supporto della comunicazione nei soggetti con disturbi dello spettro autistico come quelli che utilizzano un supporto visivo alla comunicazione può essere indicato, **sebbene le prove di efficacia di tali interventi siano ancora parziali**. Il loro uso dovrebbe essere circostanziato e accompagnato da una specifica valutazione di efficacia”* (**Il trattamento dei disturbi dello spettro autistico nei bambini e negli adolescenti, Snlg-iss.it; ottobre 2011, agg. ottobre 2015**).

Acquisti e forniture degli ausili ICT

E’ comprensibile che le aumentate possibilità di prescrivere ausili ICT generi il ragionevole timore dell’incremento di spesa a causa di un improvviso, incontenibile aumento delle richieste di ausili come *tablet, phablet, smartphone, notebook e desktop-computer* non strettamente necessari alle esigenze degli utenti ma che utilizza l’assistenza protesica come improprio e surrettizio canale di fornitura.

Tralasciando ogni considerazione su atteggiamenti deontologicamente scorretti tra i quali la delega diretta o indiretta della competenza prescrittiva agli attori del mercato, il vero problema per i *team* multi-professionali è intercettare con realismo e concretezza le necessità della persona e saper valutare il “sistema” (*inteso come combinazione di ausili*) più adeguato sia dal punto di vista funzionale che economico.

Nel lavoro istruttorio di raccolta dati e sintesi delle informazioni rilevanti per elaborare le nuove liste è emersa che la variabilità dei costi dei differenti tipi/modelli di *devices* in grado di esplicare la stessa funzione può essere così rilevante da rendere praticamente impossibile per l’acquirente pubblico la definizione di costi di riferimento per classi o solo per gruppi omogenei di ausili senza contare infine che, esaurita la curiosità per la novità, sono stati segnalati casi crescenti di abbandono dell’ausilio fornito perché la banalizzazione dell’uso ne

affievolisce i vantaggi in termini di efficacia e fallisce nell'intento di sostenere i progetti di comunicazione alternativa e indipendenza delle persone.

Il fenomeno è stato oggetto di attenzione e di ricerca applicata: gli esperti stimano che **circa il 33%**, una persona su tre, non usa abitualmente e trascura quanto fornito né consola scoprire che tali percentuali, insospettabilmente alte, siano segnalate anche nelle collettività nazionali che dispongono di un servizio sanitario privato su base assicurativa nel cui ambito è certo più difficile immaginare l'allignare di fenomeni opportunistici cioè farsi assegnare prodotti che non saranno poi proficuamente usati.

E' necessario rendere operative forme di governo competente delle prescrizioni per fugare il rischio di un quadro confuso ed incerto in cui già si affacciano forme di pervasiva promozione commerciale da cui non sono estranei gli stessi assistiti che, soprattutto attraverso la comunicazione in rete, esercitano un'azione indiretta di *social-marketing*.

Le raccomandazioni che seguono appaiono efficaci per invertire la tendenza che sospinge verso un utilizzo disinvolto:

- (1) offrire strumenti critici e spunti concettuali per la "lettura" della complessità di tali proposte di acquisto alla ricerca di motivazioni autentiche,
- (2) sapere i passi metodologici necessari per individuare l'ausilio applicando una sorta di logica olistica nell'approccio basato sull'interazione persona-obiettivo,
- (3) conoscere i riferimenti culturali di base che sostengono il tema degli ICT per le disabilità, delle informazioni per affrontare la prescrizione in casi concreti di media-alta complessità.

Vale la pena di segnalare il convincimento dei tanti professionisti che hanno contribuito alla scelta degli ausili da inserire che affermano come l'elaborazione degli elenchi orienti effettivamente il *team* prescrivente e indirizzi le decisioni delle stazioni appaltanti poiché è stata elaborata con un linguaggio costruito per una lettura agevole contribuendo a limitare equivoci ed interpretazioni soggettive.

In questo settore degli ausili, ad esempio, il significato di **personalizzazione**, a differenza di altre forme di disabilità, consente effettivamente di ridisegnare interfacce di comando, modalità di interazione (*input/output*) e contenuti operativi. Si tratta spesso di agire sulla componente *sw* ferma restando l'*hw*, che, a sua volta, può essere modulare e modificabile (**GLIC, seminario “Formazione e novità”, Bologna 18-20 maggio 2016**).

Peraltro l'ampia gamma di personalizzazione consente a questi ausili di accompagnare **percorsi di lunga durata** come per le persone caratterizzate da stabilità delle condizioni complessive oppure percorsi in cui si presentano **variazioni significative** come nel caso di minori e adolescenti con evoluzioni non del tutto prevedibili o quando è necessario prescrivere per persone con forme progressive di disabilità alla ricerca di funzioni in grado di adattarsi agli inevitabili peggioramenti delle condizioni generali abbinando lo stesso ausilio oppure variandone semplicemente la configurazione.

I costi tecnici per questo tipo di interventi risultano più bassi rispetto a quanto avviene negli ausili per disabilità motoria in cui **la personalizzazione è sostanzialmente intesa come aggiunta e integrazione di accessori** o modifica adattativa di particolari componenti.

In linea di principio, la necessità di personalizzare un ausilio per l'evoluzione delle esigenze è assimilabile alla proposta di un nuovo strumento comportando però costi bassi o nulli sul piano della corrispondente spesa; d'altra parte, però, personalizzare gli ausili ICT richiede competenze tecnico-metodologiche specializzate e costantemente da aggiornare.

Spesso **l'ausilio tecnologico è un sistema** nel senso di essere composto di più elementi che definiscono l'attrezzatura idonea per un problema funzionale in una particolare situazione: gli elementi del sistema-ausilio possono essere progettati di proposito per persone con disabilità o appartenere al mercato dei prodotti standard oppure, infine, può trattarsi della loro combinazione.

In ogni caso, per tutti occorre che sia garantita la piena compatibilità tecnica e funzionale tra i componenti che, a differenza di altri settori di mercato, possono provenire ed essere forniti

anche da diversi produttori ed essere assemblati per realizzare la funzione richiesta dalla prescrizione.

Esistono **soluzioni tecnologiche anche molto differenti** a fronte della stessa necessità. Qui è necessario sfatare almeno due affermazioni: **non è vero** che più è complesso il problema, più deve essere sofisticata la tecnologia ed è **altrettanto falso** che gli ausili a elevata efficacia operativa debbano avere sempre costi elevati.

Emblematico in tal senso il sistema di accesso al PC basato sul puntamento oculare: poiché si tratta di prodotti che riflettono lo stato dell'arte della tecnologia avanzata, circola l'idea che siano la panacea in tutti i casi di gravissime disabilità fisiche ed, in pratica, l'unica soluzione proponibile.

In realtà, come è facilmente dimostrabile, occorre saper **valutare caso per caso** poiché la stessa funzione può essere realizzata efficacemente con un'ampia gamma di ausili a diverso livello di tecnologia, complessità e costo. Gli elementi di giudizio che fanno sì che l'ausilio sia davvero la soluzione migliore per le specificità individuali dell'utente devono riferirsi non tanto alla complessità quanto alla compatibilità della soluzione con gli obiettivi della persona disabile e del suo contesto senza trascurare la criticità delle risorse effettivamente disponibili.

Ogni verifica/giudizio richiede la capacità di interpretare correttamente le condizioni esplorando le dimensioni funzionali dell'utente compresi gli aspetti sociali e psico-relazionali della sua situazione di vita: si possono raggiungere risultati considerevoli anche utilizzando strumenti tecnologicamente modesti.

Ancora una volta, la risposta delle *équipe* multi-disciplinari operanti nella riabilitazione nazionale deve essere adeguata alle necessità semmai avvalendosi dei Centri di consulenza: la proficua collaborazione consente il miglior rapporto tra i risultati attesi e quelli effettivamente raggiunti con buona efficienza di processo, ad esempio, in relazione alla correlazione tra l'impegno necessario e le energie spese **a parità di risultati raggiunti**.

Peraltro, la **descrizione dei modelli**, sebbene molto migliorata, potrebbe non rendere immediatamente leggibile la **qualità intrinseca del prodotto** dal momento che i tradizionali

parametri relativi a qualità dei materiali, assemblaggi e livello della prestazione sono più difficilmente predittivi di un buon funzionamento nel campo degli ausili ICT.

Nell'elaborazione della griglia per descrivere i modelli da acquistare occorrerà tenere presente quali aspetti salienti aiutano a rendere l'idea della sua efficacia, in particolare se nessuna prova è stata effettuata sull'assemblaggio/composizione ipotizzata e fermo restando che nessuna descrizione codificata, persino corredata da un efficace *report* fotografico, potrebbe sostituire l'esperienza d'uso ed il contributo delle figure professionali e tecniche che sono accanto all'utente.

Perciò le descrizioni del dPCM aiutano le stazioni appaltanti a comparare con serenità i modelli in maniera oggettiva senza particolari ansie, ad interpretarne le precipue funzioni oltre le coloriture commerciali dei cataloghi delle aziende e, infine, a prestare attenzione quando il mercato ed i fornitori propongono sostituzioni con un prodotto che dispone di funzioni aggiuntive.

In questo settore, la versatilità funzionale dei dispositivi potrebbe non essere di interesse per il P.r.i. e, quindi, si raccomanda di diffidare di quelle offerte in cui un'azienda "pesa" maggiormente l'importanza di alcuni parametri rispetto ad altri oppure ne omette alcuni a beneficio di altri; in particolare, ci si riferisce ai parametri ritenuti qualificanti richiesti per pervenire all'aggiudicazione di quanto indicato nella prescrizione.

Da ultimo, sebbene il *trend* tecnologico apra continuamente nuove frontiere di utilizzo, la **struttura degli elenchi del dPCM è pensata per garantire un sufficiente grado di aggiornamento** e mantenere un livello di adeguatezza per un arco di tempo, in ogni caso poco prevedibile, soprattutto grazie alla scelta di inserire alcuni ausili cruciali con evidenti componenti *software* che in base alla norma sono anch'essi dispositivi la cui maggiore configurabilità, associata alla capacità di integrazione delle funzioni, comporta la possibilità di realizzare personalizzazioni molto specifiche in termini di flessibilità prescrittiva a partire da prodotti standard i quali, non di rado, hanno il vantaggio di presentare costi contenuti e buon grado di affidabilità tecnica in virtù della più estesa scala di diffusione per cui sono progettati e commercializzati.

Strumenti di acquisto

Il **d.lgs. 24 luglio 1992, n. 358** “*Testo unico delle disposizioni in materia di appalti pubblici di forniture, in attuazione delle direttive 77/62/CEE, 80/767/CEE e 88/295/CEE*” è stato per anni il riferimento per gli acquisti di beni e servizi per le Pubbliche amministrazioni. Quando fu abrogato dall’**art.256 del d.lgs. 12 aprile 2006, n.163** – più noto come Codice degli appalti - emanato in attuazione delle direttive dell’Unione Europea, 2004/17/CE (*lavori*) e 2004/18/CE (*servizi e forniture*), operatori e commentatori ipotizzarono l’apertura di una stagione destinata a durare a lungo nel settore per la verità mai troppo tranquillo dei contratti pubblici.

Entrato in vigore il 1° luglio del 2006 e organizzato in modo da raccogliere con organicità la disciplina giuridica dei contratti e degli appalti pubblici del nostro Paese ha subito un incessante e disordinato profluvio di modifiche al quadro normativo di riferimento (*circa 600 modifiche disperse in oltre 50 provvedimenti*).

La vigenza nel decennio 2006–2017 del codice De Lise, dal nome del Consigliere di Stato che lo firma, e del successivo regolamento attuativo approvato con il DPR 5 ottobre 2010, n.207 fu caratterizzata, nonostante l’impegno del legislatore nel coniugare la materia complessa ad una trattazione semplice, da un’insufficiente diffusione comunicativa e una limitata divulgazione istituzionale volta agli operatori a vario titolo interessati.

I cinque anni di effettività sospesa in attesa dell’emanazione del regolamento e una serie di critiche mosse alla sua articolata struttura, sebbene premature rispetto alla concreta possibilità di verificare la bontà dell’impianto e di accertarne gli esiti, ne hanno molto limitato l’impatto sulla effettiva gestione degli acquisti.

Con l’entrata in vigore del **d.lgs. 18 aprile 2016, n.50** che, recependo le ultime direttive in materia (*2014/23/UE, 2014/24/UE e 2014/25/UE*), oltre a disciplinare l’aggiudicazione dei contratti di concessione e le procedure d’appalto degli Enti erogatori (*acqua, energia, trasporti e servizi postali*), regola la disciplina in tema di contratti pubblici relativi a lavori, servizi e forniture, anche il “giovane” codice del 2006 è stato abrogato.

L'ultimo provvedimento non prevede periodi di *vacatio-legis* a differenza del precedente per il quale fu previsto un periodo di 60 giorni benché la scelta del legislatore di demandare all'emanazione di specifici atti di indirizzo dell'ANAC e di apposite linee guida ministeriali, previo parere delle competenti Commissioni parlamentari, è senz'altro un aspetto positivo che induce sveltezza nell'orientamento e confida che l'aggiornamento sia tempestivo e coerente con le innovazioni e i nuovi standard di riferimento.

L'assenza di un tempo di “metabolizzazione” del testo da parte degli operatori è stata però stigmatizzata dalla pronuncia del Consiglio di Stato (*parere n. 855 del 1° aprile 2016*) e non si esclude possa aver ritardato una corretta applicazione della riforma nel breve periodo: il diffuso disorientamento degli operatori ha comportato la conseguenza di alimentare proroghe tecniche nelle more della revisione degli atti di gara per consentire il necessario allineamento.

Il codice presenta una sequenza di processi dalla decisione dell'affidamento al momento dell'esecuzione; individua le fasi propedeutiche in **pianificazione**, **programmazione**, **progettazione** e le modalità dell'affidamento esplicitandone i principi comuni: trasparenza, economicità, efficacia, correttezza, tempestività, libera concorrenza, non discriminazione, applicabilità della L. 7 agosto 1990, n.241 “*Nuove norme sul procedimento amministrativo*” ed altro.

Una significativa novità nella quale, in discontinuità con il passato, si sta investendo con determinazione è l'adozione di più efficaci strategie di comunicazione per permettere alle stazioni appaltanti (SA) di conoscere le previsioni della norma con una tempistica più favorevole all'adattamento dei procedimenti.

In ogni caso, il Codice 2016 è un cambiamento radicale nella filiera degli appalti, riscrive completamente alcuni passaggi nello svolgimento delle procedure e introduce nell'ordinamento italiano alcune innovazioni importanti che puntano ad incrementare la qualità complessiva non solo della gara pubblica, ma soprattutto dell'esecuzione del contratto che rappresenta la fase più delicata e rischiosa di tutto il ciclo dell'appalto (*servizi e forniture oggetto dei contratti, controlli sugli atti di affidamento, altro*), anche in coincidenza con il rafforzamento del ruolo e dei poteri attribuiti all'ANAC.

In Italia, alcuni di tali strumenti non erano noti, in ogni caso, non lo erano nei termini posti dalle direttive europee originarie a cui entrambi i codici, 2006 e 2016, si ispirano.

Gli esiti dell'adozione diffusa nella Comunità europea allargata non saranno immediati e dovranno leggersi con la capacità di ciascuno Stato di recepirne il contenuto: è del tutto naturale che l'operazione induca una sostanziale rivisitazione delle normative interne in materia di appalti pubblici soprattutto in alcuni Paesi più resistenti di altri all'introduzione delle novità.

Si valuterà la potenzialità di tre strumenti, l'accordo quadro, il sistema dinamico di acquisizione cui aggiungere il cottimo fiduciario che potrebbe risolvere alcuni problemi specifici nelle modalità di gestione delle forniture degli ausili.

L'accordo quadro (art.54) è utilizzabile per tutti gli appalti di forniture e differisce dal contratto di appalto poiché consiste in un accordo dal quale possono derivare la conclusione di più contratti di appalto.

Offre la possibilità alla SA di individuare con gara anche più fornitori in base a determinate condizioni (**1° round di negoziazione**) in cui si definiscono le condizioni della fornitura (*ad esempio, prezzi, qualità, ecc.*), in base alle quali le amministrazioni realizzano i singoli acquisti necessari per completare l'approvvigionamento che sarà il **2° round di negoziazione** o appalto specifico.

La *ratio* è soddisfare una duplice esigenza dell'acquirente pubblico: gestire gli acquisti nel lungo periodo garantendosi il costante aggiornamento tecnologico dei beni e, dall'altro, **di accorpare le acquisizioni di beni omogenei con carattere ripetitivo e costante, evitando lunghe e dispendiose ripetizioni di procedure.**

Pervenuti alla conclusione dell'accordo quadro, si apre la fase esecutiva che dà luogo all'affidamento dei singoli appalti ogni volta che l'amministrazione ne manifesta la volontà: si parlerà di una nuova determinazione a contrarre ed occorrerà una nuova richiesta di CIG (Codice Identificativo Gara), il codice alfanumerico generato dal sistema SIMOG (SIstema informativo **MO**onitoraggio **G**are) dell'ANAC.

In caso di stipula dell'accordo quadro con più operatori economici, che è certo il vantaggio del metodo, gli appalti successivi saranno aggiudicati applicando le condizioni di rotazione concordate nella gara originaria o tramite un nuovo confronto competitivo.

L'accordo quadro è adatto a quelle amministrazioni che intendono **restringere l'ambito degli operatori economici** ad un **numero limitato di essi** dai quali acquistare prodotti per un certo numero di anni, **senza per questo costringersi a scegliere** per tutto il periodo contrattuale esclusivamente **i prodotti offerti e la tecnologia proposta da uno o da pochi operatori economici.**

Esaminando le aree per le quali è utile ed efficace, si nota come si adatti al **mercato degli ausili:**

- 1) settori con rapido aggiornamento tecnologico;
- 2) settori con modifiche di prezzi importanti e nel breve;
- 3) settori con modifiche delle "preferenze" degli utenti/utilizzatori; nell'assistenza protesica la preferenza è la necessità degli specialisti di individuare diverse tipologie di prodotti pur all'interno della stessa categoria per adattarle a specifiche necessità degli assistiti;
- 4) settori per i quali la valutazione di adeguatezza/qualità/efficacia, nella protesica si legga **"nello svolgere la funzione riabilitativa richiesta"** non è definibile a priori: ad esempio, utenti la cui evoluzione clinica impone differenti strategie di trattamento o assistenza o che registrano recuperi o peggioramenti imprevisti nel corso della riabilitazione; in entrambi i casi, una variazione o una integrazione rispetto alla prima prescrizione renderebbe inadeguate molte aggiudicazioni fatte con metodi più rigidi;
- 5) servizi ed attività di manutenzione generale: nella protesica è intuitivo pensare all'affidamento del servizio di recupero, sanificazione e riutilizzo degli ausili;
- 6) ogni tipologia oggettiva i cui beni si modificano nel tempo e in cui non è così importante costruire un rapporto di fedeltà con un unico fornitore, anzi, rapporti con più operatori economici accrescono l'esperienza e la capacità di muoversi con maggiore abilità sul mercato.

Dal punto di vista organizzativo, si segnala **(1)** la riduzione delle procedure ad evidenza pubblica di maggiore durata temporale e dispendio economico, **(2)** una naturale flessibilità e la possibilità di personalizzare prodotti mantenendo i benefici delle economie di scala per via dell'aggregazione della domanda, **(3) più** garanzie di allargare la partecipazione privata invitando aziende, in ogni caso, non sconosciute perché preselezionate, **(4)** un miglior rapporto qualità/prezzo associato alla maggiore competizione dei fornitori su aspetti economici e tecnici anche in fase di appalto specifico, **(5)** una discreta autonomia nell'impostazione della propria strategia di gara.

Dal punto di vista delle imprese/mercato, il vantaggio risiede nelle aumentate possibilità d'ingresso per le piccole e medie imprese che oggi lamentano una difficoltà di accesso alle aggiudicazioni, tradizionalmente ristrette e orientate a favore di soggetti "storici" perché di antica tradizione e di maggiore consistenza finanziaria e nell'incentivo a proporre all'acquirente pubblico nuovi prodotti (*"non resto bloccato per un certo numero di anni a fornire un prodotto unico"*).

A ciò si aggiunga:

- 1)** semplificazione e trasparenza della relazione con la PA non solo commerciale attraverso la standardizzazione delle procedure,
- 2)** tempistiche ridotte per giungere all'esito delle procedure in fase di appalto specifico (*il cosiddetto 2° round*),
- 3)** possibilità di operare in un arco temporale più esteso all'interno di un mercato già selezionato e di cui si conoscono i concorrenti.

Per contro, gli elementi critici sono il maggiore impegno dell'ufficio-gare degli operatori privati e nella minore certezza di entrate.

Dal punto di vista economico, i vantaggi si possono individuare nella maggiore concorrenza tra aziende e nella possibile riduzione del contenzioso sulle aggiudicazioni, di certo, più ampie rispetto ad altri strumenti.

Per le SA, l'accordo quadro migliora la programmazione degli acquisti, aumenta la consapevolezza motivazioni e caratteristiche dei beni da acquisire e non trascurerei la valutazione *ex-post* della procedura con impliciti vantaggi nella formazione del personale addetto. [GdL FIASO “Riflessioni su alcuni istituti innovativi del Codice degli Appalti”, giugno 2013, (con adattamenti)]

Il sistema dinamico di acquisizione (SDA) (art.55) è un processo di acquisto di beni e servizi interamente telematico, aperto per tutto il periodo di validità dello stesso (la durata teorica di uno SDA non può superare 4 anni tranne in casi eccezionali debitamente giustificati) ad ogni azienda richieda l'ammissione mediante il quale le SA acquistano esclusivamente beni tipizzati e standardizzati di uso corrente.

Un primo commento: se ci si riferisce alla pregiudiziale di scarsa adattabilità delle gare all'assistenza protesica lamentata dal mercato è un netto miglioramento rispetto agli esiti di una gara aperta con un unico vincitore che dovrebbe poi adattarsi alle esigenze di centinaia di assistiti diversi.

L'intero appalto, dalla pubblicazione del bando di gara all'aggiudicazione, è gestito esclusivamente con l'impiego di mezzi elettronici e un rilevante snellimento della procedura; per istituire un SDA, le SA seguono le norme della procedura aperta in tutte le sue fasi fino all'attribuzione degli appalti: infatti tutti gli offerenti con i requisiti richiesti che hanno presentato l'offerta conforme al capitolato d'oneri ed eventuali documenti complementari sono ammessi nel sistema; le offerte presentate possono essere migliorate in qualsiasi momento a condizione che restino conformi al capitolato d'oneri iniziale. Nel capitolato d'oneri, le SA devono indicare la natura degli acquisti e tutte le informazioni necessarie riguardanti il sistema di acquisizione, l'attrezzatura elettronica utilizzata nonché i dettagli pratici e le specifiche tecniche ed operative di connessione telematica.

Grazie allo SDA si può legittimamente procedere ad acquisti frazionati riducendo i rischi di litigiosità, ma rinunciando a qualche vantaggio in termini di economia di scala per quanto sia indubitabile che si ottiene certamente il miglior prezzo del momento.

Si riassumono qui i vantaggi dello SDA:

- 1) è una procedura *paper-less* perché non vi sono esigenze e costi di archiviazione;
- 2) l'offerta è costantemente migliorabile perché fatta in momenti differenti: possono aggiungersi contratti con operatori differenti per la stessa tipologia (**questa condizione appare fondamentale per il mercato degli ausili tecnici**);
- 3) garantisce l'entrata di concorrenti; l'inserimento delle c.d. *start-up* nella competizione rispetto ad aziende consolidate è certo un vantaggio;
- 4) trasparenza e concorrenzialità della procedura con costante controllo delle operazioni e maggiori tutele dei responsabili degli approvvigionamenti;
- 5) flessibilità nel soddisfare esigenze specifiche, miglioramento e tempestività dell'aggiudicazione (***no stand-still period***, definito come *l'impedimento temporaneo alla stipula del contratto per un periodo di tempo dopo l'aggiudicazione definitiva con lo scopo di attribuire al soggetto che ne abbia interesse la possibilità di impugnare il provvedimento di aggiudicazione adottato e con la garanzia che il contratto non venga nel frattempo effettivamente stipulato*);
- 6) possibilità di risparmio in termini di costo complessivo per effetto dello sfruttamento di offerte promozionali e di asimmetrie locali del mercato (***molto frequenti nel settore dei dispositivi e degli ausili***).

Mentre gli elementi deboli sono la:

- a) possibilità di perdere la *partnership* con gli operatori: non è necessariamente un vantaggio dal punto di vista dell'acquirente, in ogni caso, molte SA la percepiscono come tale;
- b) rischio di disincentivazione della programmazione a medio termine a causa della potenziale tempestività della risposta;

c) difficoltà a garantire l'omogeneità delle prestazioni su territori ampi come, ad esempio, una Asl molto estesa composta da più distretti nei quali le prescrizioni si allargano e comprendono richieste di più dispositivi;

d) rischio di sminuire lo strumento interpretandolo con approssimazione come una modalità di acquisto in economia: certo è utile per richieste d'urgenza cui occorre far fronte con la massima tempestività di risposta come ad esempio, apparecchi salva-vita come i dispositivi per la funzione respiratoria.

La peculiarità è aprire un **bando istitutivo** per un ristretto ambito di acquisto anche pluriennale che la SA può decidere di aggiornare in funzione del modificarsi dei propri fabbisogni proponendo così al mercato l'opportunità di realizzare forniture anch'esse in continuo aggiornamento.

Per tutta la durata dello SDA, i fornitori interessati e conformi ai criteri di selezione possono accedere alla procedura di ammissione per poi partecipare nel tempo ai **confronti concorrenziali** attivati dalla SA tramite **bandi semplificati** su tutto il perimetro dello SDA o solo per parte di esso (*item omogenei, item singoli, ecc.*).

E' del tutto pleonastico segnalare che fin quando non sarà implementato uno specifico catalogo virtuale che includa gli ausili tecnologici appartenenti alle classi, 22 e 24, l'utilizzazione dello strumento non può avere alcun risvolto pratico.

Abolire la possibilità di esperire gli acquisti in economia ne ha trasferito le modalità in capo al **cottimo fiduciario**, introdotto dal Codice del 2006 e rinnovellato all'art.36 del d.lgs. 50/2016, che rientra tra le procedure che il legislatore considera semplificate rispetto alle ordinarie in relazione al modesto valore del contratto o all'urgenza di provvedere o ad entrambi i motivi.

Si tratta in buona sostanza di una procedura negoziata in cui le acquisizioni avvengono mediante affidamento a terzi e con limiti di spesa variabili; la variante "**cottimo fiduciario con affidamento diretto**" prevede che la SA affidi direttamente ad un *competitor* scelto in modo

discrezionale per acquisti d'importo inferiore alla soglia di € **40.000** fissata al momento dalle norme europee salvo modifiche.

La procedura consiste nell'affidamento diretto dell'appalto a terzi previa **selezione tra almeno cinque soggetti invitati**, (**art. 36, comma 2, lett. b), d.lgs. 50/2016**), (*beninteso, se sussiste un numero adeguato di soggetti idonei*) o, se per la natura dell'affidamento, il **RUP** ritenga più efficiente procedere attraverso la sola verifica della congruità dell'offerta mediante la comparazione delle informazioni desumibili da strumenti aggiornati quali cataloghi e *brochure*, elenchi prezzi, offerte al pubblico, indagini di mercato di fonte indipendente rispetto all'affidatario.

La disposizione normativa citata prescrive: “*Fermo restando quanto previsto dagli **artt. 37** [centrali di committenza] e **38** [qualificazione stazioni appaltanti e centrali di committenza] e salva la possibilità di ricorrere alle procedure ordinarie, le stazioni appaltanti procedono all'affidamento di lavori, servizi e forniture di importo inferiore alle soglie di cui all'art. 35, secondo le seguenti modalità: a) per **affidamenti di importo inferiore a 40.000 €**, mediante affidamento diretto **adeguatamente motivato** o per lavori in amministrazione diretta”.*

Mentre il codice del 2006 non prevedeva l'obbligo di motivazione per gli affidamenti diretti limitandosi a sancire solo il divieto di frazionamento artificioso dei beni descritti nel capitolato speciale (*art. 125, comma 13*), il codice del 2016 ribadisce e conferma che i modelli-base di scelta del contraente sono gli ordinari, le procedure aperte e ristrette. Ciò in quanto le altre procedure eventualmente applicabili, partenariato per l'innovazione (**art.65**) ^(*), procedura competitiva con negoziazione (**art.62**), dialogo competitivo e procedura negoziata senza pubblicazione di un bando di gara sono **facoltative ed eccezionali**.

Eccezionali perché impiegate solo quando ne ricorrano gli specifici presupposti; **facoltative** in quanto, pur in presenza dei presupposti individuati e richiesti dal contraente, la SA può in ogni caso decidere di ricorrere alla procedura ordinaria: quindi, le procedure ordinarie (*aperta e ristretta*) possono essere sempre utilizzate (*M. Alesio, La Gazzetta degli Enti locali, 18 maggio 2016*).

In un documento di consultazione pubblica, ANAC ha chiarito: *“Le stazioni appaltanti hanno comunque le facoltà di ricorrere, **nell’esercizio della propria discrezionalità**, alle procedure ordinarie anziché a quelle semplificate qualora le esigenze del mercato suggeriscano di assicurare il massimo confronto concorrenziale”* e, più avanti, ha formulato il suggerimento: *“Pertanto, in applicazione dei principi enunciati dall’art. 30, comma 1 e soprattutto nelle ipotesi in cui il **mercato risulti particolarmente ampio**, non dovrebbero limitarsi ad individuare la procedura applicabile con riferimento agli importi di cui all’art. 36, ma dovrebbero, ad esempio, dar conto delle ragioni che le hanno indotte ad optare per un sistema di affidamento non aperto alla partecipazione di tutte le imprese potenzialmente interessate”*.

La condizione di **“mercato particolarmente ampio”** è così frequente nella realtà operativa di gare, affidamenti, contratti e scambi in sanità al punto di rappresentarne una cifra assolutamente distintiva, gli ausili tecnici per persone disabili non solo non sono un’eccezione ma presentano un’ulteriore polverizzazione degli attori in grado di aggiudicarsi la fornitura e quindi **la scelta della procedura** dovrà costantemente accompagnarsi ad **una fondata motivazione**.

Si può facilmente argomentare che l’applicazione dei procedimenti ordinari di per sé non garantisce la trasparenza degli atti e l’efficacia degli esiti; in chiave anticorruzione, peraltro, le gare ad evidenza pubblica esperite anche nel recente passato non possono certo definirsi sinonimo di linearità avendo lasciato ombre sui comportamenti degli operatori e numerose scorie nella gestione dei rapporti pubblico/privato anche dal punto di vista delle conseguenze giudiziarie.

Tuttavia, è facilmente intuibile la preoccupazione del legislatore di contenere così l’area di possibile discrezionalità nell’azione delle SA quando si predispongono norme sul tema di così delicata attualità degli acquisti, **soprattutto se si discute o si prospetta un affidamento diretto**.

Il quesito resta: in base a quali criteri oggettivi è possibile **motivare adeguatamente l’affidamento diretto?**

L'Autorità anticorruzione si è affrettata a ribadire che l'uso dello strumento deve rispettare i principi generali e non può essere inteso come scelta arbitraria e capricciosa tale da rinunciare al carattere preminente di **“contrattazione e scelta libera”** nonostante l'esperienza maturata negli ultimi anni l'abbia sovente associata all'azione di SA, uffici e Centri di costo dall'evidente intraprendenza gestionale e dotati di forti dinamicità operative.

Non è affatto detto però che tali caratteristiche coincidano per forza con spregiudicatezza o superficialità, eccessiva disinvoltura, attitudine all'opportunismo e atteggiamenti *border-line* rispetto alle norme, **se o quando sia possibile dimostrarne la ragionevolezza e la linearità degli intenti.**

Secondo l'ANAC:

(1) il principio di rotazione (*si intenda qui il "non consolidare eccessivamente i rapporti solo con alcune imprese"*) ESPLICA UN RUOLO ESSENZIALE “... finalizzato ad evitare la formazione di rendite di posizione a favore di alcuni operatori economici in violazione del principio di concorrenza, è volto a favorire la distribuzione delle opportunità degli operatori economici di essere affidatari di un contratto pubblico. E' necessario altresì tenere conto delle realtà imprenditoriali di minori dimensioni fissando requisiti di partecipazione e criteri di valutazione che, senza rinunciare al livello qualitativo delle prestazioni, consentano la partecipazione anche delle micro, piccole e medie imprese”;

(2) non è possibile prescindere dalla **valutazione comparativa** tra i prodotti offerti da due o più operatori economici del mercato: “*Si reputa che una motivazione adeguata dà dettagliatamente conto del possesso da parte dell'operatore economico selezionato dei requisiti richiesti nella delibera a contrarre, della rispondenza di quanto offerto alle esigenze della stazione appaltante, di eventuali caratteristiche migliorative offerte dal contraente e dalla convenienza del prezzo in rapporto alla qualità della prestazione/bene. A tal fine si ritiene che le stazioni appaltanti, anche per soddisfare gli oneri motivazionali, possano procedere alla valutazione comparativa dei preventivi di spesa forniti da due o più operatori economici*”.

(3) alcune recenti sentenze formulate da più giudici amministrativi, di solito critici verso le linee guida n. 4/2016 dell'ANAC (art. 4.2.2) sostenendo che il principio di rotazione è strumentale a quello della concorrenza (**in tali termini: Consiglio di Stato, Sez. VI, 28.12.2011, n. 6906; TAR Napoli, II, 08.03.2017 n. 1336; TAR Lazio, Sez. II, 11.03.2016 n. 3119**), hanno confermato la validità al punto tale che **non è accettabile persino l'esclusione dell'affidatario uscente da un successivo procedimento**. Secondo la richiamata corrente pretoria, il principio di rotazione *“pur essendo funzionale ad assicurare un certo avvicendamento delle imprese affidatarie, non ha una valenza precettiva assoluta per le stazioni appaltanti, sì che, a fronte di una normativa che pone sullo stesso piano i principi di concorrenza e di rotazione, la prevalente giurisprudenza si è ripetutamente espressa nel senso di privilegiare i valori della concorrenzialità e della massima partecipazione, per cui in linea di massima non sussistono ostacoli ad invitare anche il gestore uscente del servizio a prendere parte al nuovo confronto concorrenziale”*.

Pertanto, *“ove il procedimento per l'individuazione del contraente si sia svolto in maniera essenzialmente e realisticamente concorrenziale, con invito a partecipare alla gara rivolto a più imprese, ivi compresa l'affidataria uscente, e risultino rispettati sia il principio di trasparenza che quello di imparzialità nella valutazione delle offerte, può dirsi sostanzialmente attuato il principio di rotazione, che non ha una valenza precettiva assoluta, per le stazioni appaltanti, nel senso di vietare, sempre e comunque, l'aggiudicazione all'affidatario del servizio uscente. Se, infatti, questa fosse stata la volontà del legislatore, sarebbe stato espresso il divieto in tal senso in modo assoluto” (TAR Napoli, II, 27.10.2016 n. 4981)*.

Una recente sentenza (**TAR-Calabria, 31.5.2018 n.1132**), ad esempio, ha statuito che è pienamente ammissibile il ricorso ad una procedura negoziata qualora intercorra successivamente ad una gara pubblica andata deserta al punto che le disposizioni prescritte nella precedente *lex-specialis* devono considerarsi ancora valide ed integrabili, se il nuovo bando non contiene una disciplina compiuta.

In sostanza, per ogni affidamento il cui importo presumibile si colloca sotto la soglia di 40.000 €, l'Autorità anticorruzione, che da organismo *super-partes* non può “suggerire” le formule e

gli strumenti non ordinari da considerarsi preferenziali, afferma che i beni saranno liberamente scelti in base alle relative caratteristiche o alla tipologia dei servizi da acquistare, mette in guardia dall'utilizzo delle consuete ed inflazionate motivazioni che si prefiggono di confermare il contratto con il gestore uscente quali, ad esempio, una conoscenza pressoché personale dello stesso di cui l'amministrazione segnala con particolare enfasi il buon lavoro pregresso e/o l'instaurarsi di un rapporto di fiducia.

Si tratta di argomentazioni scivolose che manifestano un rischioso atteggiamento giustificativo, di scarso significato regolamentare, che non dicono nulla o, al contrario, inducono la preoccupazione che l'acquirente pubblico si ponga all'interno di un meccanismo foriero, quanto meno, di pericolosi equivoci.

Come si applica lo strumento - Il responsabile del procedimento (*Rup*) illustra pubblicamente la modalità di selezione dell'affidatario ed attesta la congruità dell'offerta rispetto ai parametri di comparazione preventivamente scelti dando atto nel provvedimento che per iscritto affida l'appalto, **(1)** dei fornitori contattati, **(2)** delle offerte ricevute e valutate, nonché **(3)** delle ragioni economiche e qualitative che hanno condotto all'individuazione dell'affidatario.

Verbalizzandolo nel provvedimento che affida l'appalto, il ***Rup*** può prescindere dalle valutazioni di cui sopra o per motivata urgenza o perché, non sussistendo un numero minimo di soggetti idonei, non sono stati usati strumenti adatti a giudicare le offerte con criteri e parametri più adeguati.

La scelta dei soggetti cui è richiesto il preventivo avviene tra gli iscritti nell'elenco predisposto dall'amministrazione per la specifica tipologia di appalto ed, in carenza di questo, tra i soggetti che da indagini di mercato risultano possedere i requisiti necessari per l'esecuzione del contratto ex artt. 39-42 d.lgs. 163/06.

L'estensione della platea degli operatori contattati nel rispetto dei principi di trasparenza, rotazione e parità di trattamento di cui al comma 8 dell'art. 125 deve essere garantita

nell'ambito della verifica dei requisiti (*idoneità morale, capacità tecnico-professionale ed economico-finanziaria*) di cui al comma 12 dello stesso articolo.

Si tratta di uno strumento in cui, tanto la procedura di scelta del contraente quanto la conclusione del contratto, sono notevolmente semplificate rispetto alle altre procedure ordinarie: in sostanza, quella che in passato era nota come trattativa privata.

La procedura parte con una **determina a contrarre** in cui le amministrazioni aggiudicatrici definiscono sia le esigenze che intendono soddisfare mediante l'affidamento del contratto sia le caratteristiche minime di beni/servizi/prestazioni che vaglieranno, i criteri di scelta degli operatori da invitare e mediante la valutazione di quali misure avverrà la selezione della migliore offerta.

Le attività sopra delineate si articolano in due fasi: **(1)** lo svolgimento di indagini di mercato o la consultazione di elenchi per selezionare le aziende da invitare al confronto competitivo, **(2)** il vero e proprio confronto competitivo tra i soggetti selezionati ed invitati.

Sebbene dottrina e giurisprudenza ritengono che l'indagine di mercato non debba essere necessariamente condotta con le rigorose modalità ed il formalismo di una gara, nella prassi, le SA, pur non obbligate, per ragioni di prudenza e con approccio difensivo, adottano le procedure come se si trattasse di una gara per quanto semplificata (*si può definirla, infatti, **gara informale o ufficioso***) inviando ai *competitors* prescelti una **lettera di invito** con le regole di svolgimento ed il termine entro il quale possono far pervenire le offerte.

Il contratto così affidato è stipulato mediante scrittura privata (*c.d. **atto di cottimo***) e può consistere anche in uno scambio di lettere con cui la SA dispone l'ordinazione dei beni i cui requisiti devono corrispondere ai contenuti previsti dalla lettera di invito.

NdT – Secondo l'opinione più accreditata, anche nel corso dell'adozione di tale strumento, vale il principio di **pubblicità delle sedute di gara** indipendentemente da una sua espressa previsione nel bando di gara o nella lettera d'invito in quanto esso rappresenta una regola generale riconducibile ai principi costituzionali di imparzialità e di buon andamento delle procedure di cui all'art. 97 della Costituzione.

Infine, se le ipotesi di urgenza, completamento della fornitura e proroga tecnica sono residuali in una Asl che ha adeguatamente programmato i propri acquisti, destinato giudiziosamente i fondi e le risorse disponibili e previsto con appositi capitolati tecnici la copertura dei fabbisogni delle proprie unità operative ed organizzative, altre Asl potrebbero essere in ritardo nella stesura e successiva approvazione degli atti amministrativi di programmazione generale e/o dei regolamenti interni necessari ad includere esplicitamente nella ordinarietà degli acquisti gli ausili tecnici per persone disabili.

Lo strumento del cottimo fiduciario rappresenta un'interessante soluzione mediante la quale confrontarsi con il mercato degli ausili tecnici perché consente una buona flessibilità operativa al di sotto della soglia economica prevista che, è bene dire, non appare troppo limitata se la si riferisce agli ausili ICT e con la cifra impegnata è destinata esclusivamente al soddisfacimento di richieste e prescrizioni per soggetti con condizioni clinico-riabilitative **pressoché uniche** (*i numeri sono contenuti rispetto al totale dei destinatari*) e che la SA resista alla tentazione di estenderlo ad acquisti ripetuti di prodotti a bassa tecnologia ed innovatività.

Ad esempio, quando si ricevono **prescrizioni combinate** di più ausili per disabilità motoria, ausili di movimentazione associati a strumenti per comunicare, ausili per assistiti ad elevata complessità assistenziale, **prescrizioni integrate** di dispositivi informatici, di comunicazione alternativa, per il controllo degli ambienti da configurare per utenti con disabilità sensoriali, inadatte ad essere incluse nelle acquisizioni di maggiore ricorrenza, da fornire a persone accomunate da condizioni cliniche ed esigenze riabilitative largamente sovrapponibili, che fa uso di ausili più semplici.

Il capitolato di acquisto

(NOTA – Qualunque sia la procedura di acquisto che la SA sceglie di adottare per gli approvvigionamenti, la redazione del capitolato sarà decisiva per l'efficacia della funzione e la trasparenza dell'operazione: segue un breve approfondimento).

In passato, nelle contrattazioni che prevedevano prestazioni complesse, si enucleò la pratica di predisporre alcuni documenti, denominati **capitoli** o **capitolati**, che contenevano le prescrizioni volte a determinare il contenuto dei futuri contratti: il precedente storico di questi strumenti dell'autonomia negoziale, impiegato tanto nelle contrattazioni pubbliche quanto nelle private, si fa risalire all'epoca romana e precisamente alla *lex-locationis* ed alla *operis-faciendi*.

Dal punto di vista descrittivo, i capitolati predisposti dalla PA sono detti “**di oneri**” perché originariamente la loro predisposizione fu finalizzata a evitare che i contraenti privati assumessero comportamenti tali da pregiudicare gli interessi pubblici coinvolti dalla contrattazione cosicché il capitolato si risolveva in una serie di prescrizioni che imponevano alla controparte determinati obblighi (*oneri*) a garanzia della buona esecuzione del contratto (Avv. Andrea Cremona, “www.diritto2000.it”, 2009).

Il capitolato è il documento tecnico con il quale il committente manifesta l'intenzione di acquisire beni e/o servizi o di appaltare determinati lavori ai soggetti economici impegnati negli specifici settori di mercato; con la sua articolazione, l'Amministrazione si predispone ad interagire con gli operatori del mercato dichiarandone preventivamente le modalità.

Tale elaborato definisce con la migliore approssimazione possibile tutte le caratteristiche che dovrà avere la prestazione a cui si impegna l'appaltatore e rappresenta un importante strumento di tutela per l'acquirente sia in fase di acquisto, sia in quella di controllo dell'oggetto della fornitura.

E' un documento correntemente impiegato in tutti i campi in cui si instaura un rapporto contrattuale tra l'Asl (*non fanno eccezione altre Amministrazioni pubbliche*) ed un operatore di mercato che si impegna ad eseguire in un prossimo futuro la prestazione richiesta dalla realizzazione in dettaglio di opere o lavori alla fornitura di beni e di servizi di cui è necessario precisare la natura, specificità e tipologia e per questo motivo ha forme diverse che si adattano di volta in volta alla materia di interesse: da qui, discende la possibilità di disporre di schemi tipizzati a tal fine elaborati.

Ad esempio, possono esserci capitolati per la messa in sicurezza di un sito o di un impianto o di costruzione o bonifica di un macchinario con i dettagli esecutivi pratici che richiamano tecniche prescrittive, regolamentari o indicative sulla materia, capitolati di *outsourcing* con cui

un'azienda domanda ad un'altra ad essa estranea l'esecuzione di talune prestazioni in favore dei propri clienti, la richiesta di mantenere apparecchiature anche complesse e, con maggiore grado di diffusione, i capitolati per gli appalti soggetti ad indizione di gara per l'aggiudicazione; in questo caso, il loro contenuto può dipendere da norme fissate sino a raggiungere elevati gradi di dettaglio.

Si suole suddividere i capitolati per qualsiasi prestazione in **generali** e **speciali** (*art.45 del Regolamento generale della contabilità dello Stato*); **i primi**, contengono le condizioni applicabili ad un particolare genere di lavoro, appalto o contratto e l'indicazione delle forme seguite per lo svolgimento delle gare; **i secondi**, descrivono le caratteristiche richieste riguardo l'oggetto del contratto.

Nei primi, sono in genere comprese anche le modalità per la risoluzione arbitrale di una eventuale controversia sorta durante l'esecuzione del contratto costituendo, nei fatti, una sorta di proposta di contratto unilaterale per precisare anticipatamente a quali condizioni (*in teoria, a quali sole condizioni*) l'appaltante accetterà di sottoscrivere il contratto.

Nei secondi, sono descritte ed elencate le tipologie dei beni da acquistare e sono precisati i requisiti tecnici e le caratteristiche funzionali o gli standard qualitativi richiesti in base alle quali l'amministrazione appaltante procederà all'aggiudicazione.

Così in linea di massima, i **capitolati generali** non sono redatti in occasione di un singolo contratto ma si riferiscono ad una serie indeterminata di rapporti in un dato settore di attività: il regolamento negoziale deve adeguarsi alle loro prescrizioni come le garanzie e i poteri della PA, la distribuzione dei rischi e delle responsabilità fra parte pubblica e privata nonché la disciplina degli aspetti contabili.

I **capitolati speciali**, viceversa, vengono predisposti in occasione del singolo contratto e divengono parte integrante dello stesso costituendone l'allegato più importante.

Ne consegue che, i capitolati generali ricevono un'adozione formale da parte della SA e devono essere forzatamente collegati ai capitolati speciali contenenti le condizioni relative all'oggetto del singolo contratto.

E' di tutta evidenza che la messa a punto e la stesura del capitolato deve essere elaborata e tarata in base a ciò che l'Amministrazione intende "*scambiare a titolo oneroso*" e del livello di rischio connesso alla probabilità di difettosità o danno dello stesso.

In altre parole, è inutile redigere un capitolato "a prova di bomba" che introduca richieste molto spinte, prestazioni di particolare raffinatezza, di elevata complessità per l'acquisto di prodotti relativamente semplici che non creano problemi, con funzioni elementari senza particolari innovatività pur confermando che è importante andare a definire alcuni imprescindibili punti saldi della fornitura.

Alla stessa filosofia deve ispirarsi la redazione di capitolati di controllo e di quelli relativi all'acquisizione di servizi che sarà opportuno commisurare alla probabilità di danno del componente in esercizio, alla difettosità del prodotto, alla disfunzionalità della prestazione, in toto o in parte, ed alle relative conseguenze per l'amministrazione committente.

Una naturale ma non sempre applicata attenzione dovrà essere riservata alla cosiddetta onerosità dei bandi (*soprattutto per fabbisogni sovra-aziendali*) per evitare che le aziende del mercato giudicandoli (*a torto o a ragione*) troppo impegnativi e gravosi determinino le condizioni perché le gare vadano "deserte" per mancanza di offerte.

Talune aziende dichiarano con sincerità di preferire rapporti con le Amministrazioni appaltanti basati su procedure piccole, frequenti e di poca consistenza economica nonostante l'elevato rischio di insuccesso per le imprese più giovani e meno attrezzate, più che esporsi agli elevati costi connessi alle richieste di capitolati di particolare complessità.

Infine, mentre esiste generale concordia nel riconoscere la **natura contrattuale dei capitolati speciali** non altrettanto può dirsi, al contrario, per i capitolati generali la ricostruzione della cui natura oscilla fra opinioni improntate a riconoscere loro una natura contrattuale ed opinioni volte ad attribuire agli stessi una **natura normativa**.

La stessa dottrina appare divisa sul punto benché appaia dominante la tesi della natura contrattuale anche per i capitolati generali: questi ultimi assumerebbero una rilevanza solo interna nel senso che verrebbero a vincolare i funzionari quando questi si accingano ad intrattenere rapporti con i privati che sarebbero conclusi in conformità delle condizioni contenute in esso.

I contraenti privati, viceversa, sarebbero vincolati al contenuto solo a causa del consenso espresso nel contratto: “*I contratti stipulati nella forma prescritta (...) hanno forza di titolo autentico per ogni effetto di legge*” - art. 99, comma 1 del regolamento di contabilità generale dello Stato (**Regio Decreto 23 maggio 1924, n. 827**).

Le ragioni di ciò sono da ricercarsi:

(1) nel fatto che la potestà normativa della Pubblica Amministrazione trova espressa attribuzione ad opera della legge, che può sostenersi solo per il capitolato generale dei lavori pubblici [L. 11 febbraio 1994, n. 109 come modificata dalla L. 2 giugno 1995, n. 216 (abrogata dall'art. 256 del d. lgs. 163/2006)] mentre per altri capitolati manca un'analogia previsione di legge;

(2) le disposizioni dei capitolati si spingono a prevedere spesso illeciti, sanzioni e responsabilità oltre che norme di carattere processuale e deroghe alla disciplina del Codice civile che esulano dalla potestà normativa secondaria e rientrano, a pieno titolo, nell'autonomia negoziale;

(3) la PA, quando conclude contratti, agisce *iure-privatorum*, ponendosi sul piede di parità con il privato, salvo che la legge non le accordi espressamente posizioni di supremazia speciale.

Con quale criterio aggiudicare?

Una considerazione importante per le conseguenze operative merita l'aver fatto emergere il dato, congiuntamente rilevato dal Ministero della salute e da alcune Amministrazioni regionali, che troppe gare di ausili sono espletate, di preferenza se non esclusivamente, operando la scelta in base al criterio del **prezzo più basso** rispetto all'**offerta economicamente più vantaggiosa** che deve ritenersi largamente preferenziale, sia nella sostanza sia dal punto di vista formale, in ciò corroborata da ogni pronunzia sulla materia.

Prima del Codice degli appalti che ha sancito l'applicabilità residuale del primo, si rileva l'assenza di un indirizzo preferenziale del legislatore a favore dell'uno o dell'altro criterio ed era ampiamente prevalente la discrezionalità delle SA nella valutazione.

“Le stazioni appaltanti scelgono, tra i criteri di cui al comma 1, quello più adeguato in relazione alle caratteristiche dell’oggetto del contratto, e indicano nel bando di gara quale dei due criteri di cui al comma 1 sarà applicato per selezionare la migliore offerta” afferma il comma 2 dell’art.81 del d.lgs. 163/2006: dunque, le SA sono vincolate a scegliere il criterio di aggiudicazione in relazione a fattori oggettivamente riconducibili alle caratteristiche specifiche del contratto e delle relative prestazioni.

In linea generale, non è difficile concordare sulla opportunità/utilità che l’appaltatore partecipi al processo “ideativo” della fornitura o del servizio in sede di offerta ed è quindi **necessario** usare il criterio dell’offerta economicamente più vantaggiosa che consente di pesare con un maggior numero di elementi oggettivi e concretamente misurabili l’apporto qualitativo del concorrente.

Tra l’altro, puntare su tale opzione rappresenta bene l’autentica transizione della politica sanitaria introdotta a partire dal Piano sanitario nazionale 2011-2013 con il passaggio da obiettivi monodimensionali (*solo l’efficacia o solo il costo dell’assistenza*) ad obiettivi pluridimensionali in cui, senza ipocrisie o reticenze, l’efficacia di una tecnologia deve misurarsi con le concorrenti anche in termini di costi correlati per poterne sancire la vantaggiosità, fino a quel momento esclusivamente dichiarata o presunta.

Così, se per una SA appare intuitivo ed auspicabile avvalersi di tale criterio quando si valutano servizi tecnologici di ingegneria/architettura o lo si impieghi per gli appalti relativi ai servizi socio-sanitari, educativi, più in generale, ai servizi sociali la cui complessità richiede di valutare delicati aspetti qualitativi e innovativi, con riguardo alle forniture di beni viceversa, la generalità delle PA continua a ritenere l’aggiudicazione al prezzo più basso come la via preferenziale da seguire perché, negli anni, si è radicata la convinzione di realizzare così maggiori risparmi “tagliando” i prezzi di acquisto praticati dalle aziende del mercato.

E’ frequente il convincimento per cui detti prezzi siano ritenuti alti in via pregiudiziale, incorporando margini di ricavo pretestuosamente aggiunti come, ad esempio, per compensare i ritardi nei pagamenti delle PA e che utilizzare il criterio del prezzo più basso porti le imprese a contenere la maggiorazione per aggiudicarsi la fornitura così come è nota l’attitudine che

scaturisce da un diffuso retro-pensiero degli uffici ad operare con i soggetti economici “trattando sul prezzo” dei prodotti offerti.

Talune segnalazioni degli utenti che, grazie agli approfondimenti della stampa specializzata sono giunte all’attenzione dell’opinione pubblica come cattivo esempio di gestione economica, hanno contribuito al radicamento della posizione: ad esempio, le forti differenze tra il prezzo d’acquisto di un dispositivo praticato dai fornitori ad un privato che non può non notare la differenza con la tariffa del nomenclatore del 1999.

Nel 2013 destò sconcerto la notizia dello studio condotto dall’Associazione Luca Coscioni che, confrontando i prezzi delle protesi acustiche digitali, verificò incredibili discrepanze tra i costi d’acquisto a prezzo di mercato di alcuni modelli in Italia (*dal doppio a circa sei volte in più*) rispetto a quelli praticati in Germania.

Sia chiaro, ottenere il prezzo più favorevole a conclusione della gara non solo è auspicabile per l’acquirente pubblico ma necessario nella misura in cui il legislatore ha fissato norme di riferimento per l’accesso al mercato e strutturato apposite metodologie per organizzare il confronto competitivo tra le aziende invitate.

Viceversa, la negoziazione è un’antica tradizione che scaturisce dall’attitudine mercantile di acquistare un bene ad un costo inferiore a quello inizialmente proposto dal venditore dopo un’intensa discussione (*o trattativa*) senza prendere in considerazione però il valore del bene da scambiare e non è francamente immaginabile in un contesto istituzionale, specie se riferito agli ausili che incidono fortemente sulla qualità della vita delle persone con disabilità.

Infine i responsabili degli acquisti ritengono che, in caso di controlli esterni all’amministrazione appaltante, i rischi siano più contenuti perché, nel perfezionamento della procedura, l’individuazione dell’aggiudicatario avviene in modo più immediato.

Tralasciando di addentrarsi nel tema delicato dei rapporti diretti ma tutt’altro che simmetrici tra amministratori pubblici ed imprenditori privati nelle sue aree più grigie e per molti aspetti inestricabili, è altrettanto diffusa l’opinione che si tratti di una procedura più semplice, con minori tecnicismi rispetto agli altri metodi considerati complessi ed articolati e che comporta

maggior snellezza operativa, sebbene tale argomento sia rivendicato esclusivamente dal personale addetto che, per inciso, potrebbe avere l'interesse a non incrementare il carico lavorativo con nuovi impegni e esprime minori timori di sollevare contenziosi con le imprese.

NdT - Non è difficile dimostrare, infatti, che almeno un operatore invitato alla gara sia disponibile a formulare un'offerta di vendita con le caratteristiche del *dumping* (*offerta di beni/prodotti o servizi a prezzi inferiori rispetto a quelli di vendita o produzione degli stessi sul mercato per "conquistare" la fornitura*) avvalorando così l'efficacia della scelta dello strumento, nonostante anche un prezzo troppo basso nel panorama di quelli presentati e per questo ritenuto "conveniente" dall'acquirente, dovrebbe suggerire cautela ed un'attenta valutazione sull'effettiva qualità dei beni aggiudicati.

Molti assistiti manifestano giustamente viva contrarietà sulla qualità degli ausili forniti e sono in aumento i casi di aperta contestazione contro le amministrazioni aggiudicatrici disattente perché l'adozione del criterio economico stenta ad associarsi ad una qualità sufficiente e ad un accettabile livello tecnologico dei prodotti consegnati.

Per onestà intellettuale va detto pure che la pressoché totale assenza di una cultura della verifica dell'esito degli acquisti non consente di "sottrarre" a tale malcontento le lamentele che, specie negli ultimi anni, sono alimentate dall'erronea convinzione che le forniture debbano coincidere con la scelta dell'utente che, per diverse ragioni legate all'insufficiente organizzazione dell'offerta pubblica, si è convinto che la filiera si attivi per soddisfare la sua richiesta trascurando il significato della prescrizione medica che resta il presupposto non solo normativo ma anche sostanziale dell'assistenza protesica.

Solo se la SA ha ben individuato l'oggetto della gara in modo da non lasciare nell'offerta margini di definizione alle imprese concorrenti, in pratica, per beni semplici e servizi ripetitivi, il criterio del prezzo più basso manifesterebbe qualche ragionevolezza.

La maggior parte delle esperienze nazionali ed europee porta a concludere che, in caso di requisiti poco selettivi (*la condizione viene sollecitata anche dall'Antitrust italiana per evitare ingiustificabili barriere all'accesso*), l'ammissibilità viene ottenuta sui prerequisiti ed il contraente scelto solo in base al prezzo [*aggiungendo al più valutazioni parametrizzate tecnico-qualitative (Prof. G.Masiero, "Economia delle forme di mercato", Univ. Bergamo)*], riducendo sensibilmente la possibilità di intercettare prodotti di buona qualità.

Per sfruttare al meglio i vantaggi della concorrenza basterebbe prevedere delle periodiche ripetizioni delle aste o semplici simulazioni che tengono conto delle ultime novità del mercato per confermare che le condizioni generali dell'ultimo appalto non hanno subito variazioni, sono stabili e per questo restano valide.

E' fondamentale comprendere che gli ausili tecnologici, pur simili nella struttura o analoghi nelle prestazioni, non di rado presentano caratteristiche non immediatamente e facilmente comparabili tra loro, a maggior ragione non si può confrontarli esclusivamente sul piano economico sospingendo la SA verso l'alternativa di una scelta che coniughi **giudizi sulla qualità e valutazioni sul costo**.

Il livello di tecnologia dei beni sanitari ha ormai raggiunto la massima funzionalità in questo campo, in pratica, non costituisce più il fattore che "fa la differenza" tra prodotti benché resti indispensabile per le PA accertarlo con efficaci strumenti di comparazione **funzionale** senza trascurare l'aspetto dell'**affidabilità** dei prodotti offerti (*minori riparazioni*) e della cosiddetta **durabilità** (*minori sostituzioni*) che funziona più a lungo traducendosi in concreti risparmi per il budget delle Asl.

L'elemento cruciale per procedere è disporre di buoni criteri di valutazione per non creare regole precostituenti l'aggiudicazione a favore di un determinato concorrente. E' infine illogica la scelta del criterio del prezzo più basso quando la legge di gara attribuisce il giusto rilievo agli aspetti qualitativi variabili dell'offerta in riferimento a:

- il particolare valore tecnologico dell'acquisto,

- la qualità intrinseca (*negli ausili sono le maggiori o differenti funzionalità, le versatilità d'uso che rende il prodotto adatto ad un maggior numero di utenti*),
- l'efficacia nell'uso e l'evidenza del vantaggio riabilitativo che ne trae il destinatario "certificato" dalla prescrizione specialistica,
- la presenza di un eventuale servizio di manutenzione successivo alla vendita che garantisce nel tempo il valore del bene acquisito incluso l'istruzione per l'assistito e la formazione per i suoi assistenti nonché l'estensione delle garanzie commerciali.

Per questi motivi, il criterio dell'offerta economicamente più vantaggiosa (**art.95, comma 2 del d.lgs. 50/2016**) basa l'aggiudicazione sull'articolata integrazione tra il dato economico e quello tecnico e qualitativo con l'applicazione contestuale di criteri **quantitativi** (*prezzo, tempo di esecuzione, durata della concessione, ecc.*) e **qualitativi** (*caratteristiche tecniche e funzionali, efficacia e utilità, qualità e sicurezza d'impiego, funzioni assolute, altro*) inerenti alla natura dell'oggetto e alle caratteristiche del contratto.

Si tratta di un criterio complesso che induce le stazioni appaltanti a definire a monte gli elementi di valutazione che riflettono le esigenze qualitativo-economiche delle Asl e di saper utilizzare formule per la determinazione della graduatoria delle offerte che non distorcano i risultati tali cioè da rendere troppo influenti o, viceversa, del tutto decisivi tanto gli aspetti economici quanto quelli tecnici congiuntamente analizzati.

La vera partita si gioca sui criteri di ripartizione del punteggio dell'offerta qualitativa, il peso percentuale dell'offerta economica sulla valutazione e sulla ponderazione interna dei correlativi sub-pesi della parte tecnica: nell'**OEPV**, infatti, la legge riconosce alla SA il potere discrezionale di stabilirli a seguito di un opportuno esame preliminare e congiunto tra i due ambiti.

In questa prospettiva, la giurisprudenza amministrativa ha costantemente affermato che la ponderazione si effettua con riguardo per le peculiarità tecniche dell'appalto e per il particolare standard qualitativo delle prestazioni richieste.

Ne consegue che non sarebbe "*illogica proprio alla luce della peculiarità del servizio, della indubbia tecnicità delle attività da svolgere, degli elevati standard qualitativi richiesti e anche*

del fatto che l'Amministrazione ha provveduto, autolimitando il proprio potere di valutazione discrezionale, a ripartire l'offerta tecnica in diverse categorie e sottocategorie, una conseguente pesatura di 80 punti dell'offerta tecnica" (T.A.R. Emilia-Romagna – Parma, Sez. I, Sentenza 7 novembre 2007, n. 523).

Tutto ciò, tenendo sempre presente che *“rientra nella discrezionalità della stazione appaltante la determinazione dell'incidenza del prezzo nella valutazione dell'offerta senza che esista un peso minimo predeterminato per tale elemento e purché la natura propria del criterio, postulante la ricerca di un equilibrio tra prezzo e qualità necessariamente correlato alla specificità di ciascun affidamento, non venga tradita riconoscendosi sostanziale assoluta preminenza al c. d. merito tecnico"* (T.A.R. Campania – Napoli, Sez. I, Sentenza 4 maggio 2007, n. 4735).

La SA, perché il merito tecnico emerga non in forza della previsione di obbligatorietà del Codice ma per produrre una aggiudicazione efficiente, deve mettere in atto una vera e propria strategia di gara considerando le variabili certificate nella prescrizione specialistica che delinea gli obiettivi di indipendenza dell'assistito raggiungibili *solo grazie a (o insieme con) l'uso del dispositivo prescritto* avendo illustrati i vantaggi per la persona nel programma riabilitativo assistenziale.

Una fornitura diversa rispetto a quella programmata dallo specialista può pesantemente condizionare il significato dell'atto medico e comprometterne risultati ed esiti, incidendo sulla reale efficacia della soluzione tecnologica acquistata.

E' fortemente raccomandato che le esigenze amministrative degli operatori - **che nessuno intende sottovalutare** - si prestino a supportare le necessità dell'utenza: sgombrando il campo da ulteriori equivoci, qui non si afferma che occorre favorirle ad ogni costo accogliendo in blocco le prescrizioni presentate agli uffici, ma che nell'indispensabile vaglio di adeguatezza, le procedure amministrative non rappresentino un insormontabile ostacolo che vanifica il lavoro di selezione dell'ausilio impedendo che si fornisca quanto prescritto.

E' necessario un autentico sforzo culturale, un severo impegno al cambiamento delle prassi attuali promuovendo le forniture che incrementano la qualità di vita delle persone sebbene sfortunatamente si tratta di un valore etico indiscutibile ma non contabilizzabile come voce di bilancio di una Asl.

La documentazione di gara nella condizione di massima adesione al criterio dell'OEPV non ha impatti esclusivamente sulle fasi amministrative della procedura, ma si riverbera anche sulle scelte di carattere tecnico potendo condizionare significativamente tutta la strategia di gara e le politiche d'acquisto attuate.

L'impegno è che nella formulazione dei documenti-tipo, fatti salvi i contenuti assolutamente vincolanti ed inderogabili connessi all'applicazione di norme, disposizioni e regolamenti, la definizione delle restanti parti consentano alle SA di operare opportune personalizzazioni perché i metodi aderiscano e siano funzionali alle strategie di acquisto di quel territorio ed a favore delle specificità di quella comunità.

Dalla procedura prescelta dipendono il formato del documento d'invito ed altri adempimenti per i fornitori; nonostante tali modulistiche possono essere profondamente diverse tra loro, in esse dovranno essere riportati con fedeltà i requisiti e le caratteristiche descritte nella prescrizione o nella relazione tecnica (*o in entrambe*) che hanno contribuito a formare nel *team* la decisione di individuare e richiedere il dispositivo come facilitatore di funzioni semplici o di attività complesse.

Sarà questo lo strumento attraverso il quale la SA interagirà con il mercato **limitando la scelta ai soli prodotti che si è certi ne dispongano** e la selezione per aggiudicare sarà circoscritta alle aziende che possono offrire la precisa configurazione dell'ausilio e non un'altra anche se simile o analoga. Si raccomanda, infine, che gli ausili concorrenti si vaghino con **parametri realistici, oggettivi e misurabili** per stabilire quale aggiudicare riducendo il rischio di decisioni aleatorie e/o suffragate solo da opinioni.

Suddivisione in lotti

Nell'ipotesi tutt'altro che improbabile di acquisti multipli (*dispositivi diversi per categoria e classificazione*), non deve trascurarsi che le SA procedano con buon senso ed avvedutezza alla **suddivisione in lotti** per garantire la convergenza dei legittimi interessi insiti nell'operazione:

(1) quello dell'amministrazione di acquistare i prodotti rispondenti alle proprie esigenze selezionandoli da fornitori diversi in relazione alla qualificazione della relativa produzione,

(2) quello degli operatori economici di vedere assicurato il più ampio confronto competitivo senza che tra loro s'instaurino indebite posizioni di vantaggio.

Negli acquisti in sanità, la suddivisione in lotti e il loro numero risponde alla giustificata esigenza dell'amministrazione di accorpare più prodotti o categorie per ridurre l'eccessiva frammentazione dei procedimenti ed il ricorso a procedure in economia che il Codice dei contratti non contempla almeno nelle forme precedentemente previste, sebbene tale organizzazione degli acquisti (*una sola gara o minori procedure di gare a costi più bassi*), non di rado, cela l'interesse degli uffici e del personale di "risparmiare" sull'impegno professionale e sul tempo necessario ad articolare con più ponderazione e maggiore equilibrio i fabbisogni suddivisi tra le molteplici tipologie di beni.

E' evidente che per impostare gara separate occorre più lavoro, impegno e tempo da dedicare. ***“Il frazionamento in più lotti, infatti, può essere legittimamente previsto anche per ragioni puramente organizzative, ma comunque nel sostanziale rispetto delle regole della concorrenza e di apertura delle gare al più ampio numero di partecipanti”*** (CdS, sez. V, 10.05.2005, n. 2346, parere AVCP n. AG18 13.09.2012).

Quindi, la suddivisione contempera le esigenze differenti ma legittime con l'altrettanto fondamentale necessità di rapportarsi con *partner* affidabili, in grado di onorare gli impegni assunti e di garantire nel tempo le forniture la cui evoluzione tecnologica e la accelerata dinamica dei mercati suggeriscono di perseguire di volta in volta (*talvolta, persino, caso per caso*) con strategie di approvvigionamento che, per essere efficaci, richiedono l'adozione di significativi livelli di discrezionalità tecnico-amministrativa.

In altre parole, gli elementi costituenti il lotto (*articoli, strumenti, dispositivi, apparecchi, altro*) devono assoggettarsi a criteri di sufficiente omogeneità tecnologica e produttiva ma non devono essere eccessivamente aggregati limitando le possibilità di accesso e quindi le garanzie dei soggetti economici e delle imprese che producono e/o distribuiscono solo un limitato numero di beni tecnologici tra quelli inseriti in ciascun lotto.

Sarebbe paradossale che l'enfaticizzato meccanismo concorrenziale adottato per aumentare il numero dei *competitors* favorisca le sole aziende in grado di offrire una maggiore varietà di prodotti a prescindere dalla loro qualità intrinseca e riduca artificiosamente l'accesso alle altre, tradendo la *ratio* di base della procedura.

Se le dimensioni del o dei lotti sono **“tali da richiedere un fatturato specifico per la partecipazione, in possesso solo degli operatori più rilevanti del mercato, si viola il fondamentale principio del “favor participationis” quando limita in modo irragionevole la facoltà di presentazione individuale delle offerte”** (TAR Lazio, *sent.* 9441/2016).

In tal modo, sostiene il Tribunale amministrativo romano, **“non si garantisce né l'esplicitarsi di una piena apertura del mercato alla concorrenza né i risparmi di spesa potenzialmente derivanti da una più ampia gamma di offerte relative ai singoli lotti”**.

Pertanto, la dimensione del lotto è ottimale se consente il funzionamento di un mercato in cui permanga un'effettiva possibilità di presentare offerte in forma singola o associata anche per aziende di piccole dimensioni, per incentivare l'autentica concorrenza con l'opportunità per ciascuno di aumentare le proprie qualificazioni, il progetto imprenditoriale e commerciale, la propria professionalità e, per l'acquirente, di trarre benefici in termini di qualità dei servizi, delle prestazioni offerte e dei prezzi corrisposti in forza dell'allargamento degli offerenti.

In proposito, l'ANAC in una comunicazione del 14 settembre 2016, benché riferita ad alcuni operatori del terzo settore per l'affidamento di servizi assistenziali, ha chiarito che la scelta di alcune stazioni appaltanti di strutturare **“maxi-lotti”** ed aggiudicarli con un'unica gara implica l'introduzione di **“barriere all'accesso e determina forti restrizioni alla concorrenza precludendo la partecipazione alle procedure di operatori che, pur non possedendo le**

capacità richieste per svolgere l'intera prestazione del bando di gara, hanno i requisiti per svolgere una parte dei servizi richiesti".

Un suggerimento operativo, ispirato ad un'impostazione alternativa, potrebbe essere costituire i cosiddetti **lotti composti** con possibilità di partecipazione alle aziende le cui produzioni "coprono" solo parzialmente gli articoli inclusi nei lotti: ciò al fine di garantire il mantenimento della concorrenzialità pur tra soggetti economici caratterizzati da grandi differenze di dimensioni e di fatturato.

Infine, sebbene ogni pronuncia in merito ne raccomandi una forte limitazione, resta possibile la gestione delle cosiddette **forniture extra-lotto** cioè, l'acquisizione di prodotti particolari che si differenziano dallo standard aggiudicato partendo dal presupposto che le terapie, i percorsi di cura, le prestazioni da erogare e le tecnologie ad esse correlate, per definizione, non possono soggiacere ad un'assoluta standardizzazione.

In questo senso, il mercato degli ausili tecnici e dei dispositivi è al tempo stesso un buon "laboratorio" e un efficace esercizio operativo poiché consente alle SA di sperimentare ed applicare vari strumenti e procedure differenti in relazione alla natura dei beni da acquisire valutando le offerte su un piano più generale e complessivo come il documento ha fin qui suggerito.

E' un mercato composto di tipi e modelli che, pur appartenendo alla medesima categoria di riferimento, sono proposti dai produttori/distributori agli specialisti come agli utilizzatori con un'immane, eccessiva connotazione di originalità, di assoluta unicità (*nuove funzioni, differenti potenzialità, copertura di più esigenze, ecc.*) che ne farebbero preferire l'acquisto rispetto all'offerta della concorrenza scoraggiando la PA acquirente ad effettuare qualsiasi confronto.

Non sempre l'unicità si può sostenere e condividere con ragionevolezza e il fine recondito delle imprese è sottrarsi a forme di valutazione comparativa e puntare verso la garanzia di poter governare una fetta di mercato priva di competitori.

Per le SA mature e ben attrezzate, acquisire un ausilio verificandone la qualità e costruendo uno specifico profilo costo/utilità significa **assumere un ruolo attivo**: induce le aziende a rispondere alle richieste di acquisto con prodotti di qualità, sicuri e facili nell'uso nonché adeguati ai termini della prescrizione che essi conoscono bene spesso prima degli uffici delle Asl.

Ci si augura che la risposta dei fornitori affronti con altrettanta maturità il confronto con la concorrenza, agendo in termini leali e trasparenti, documentando l'efficacia delle proprie scelte imprenditoriali in via preferenziale rispetto alla posizione del recente passato che si affidava esclusivamente a strategie commerciali usando come leva il semplice ribasso del prezzo cui quasi mai corrisponde l'enfaticizzato valore etico della fornitura nel settore.

Come noto, il mercato sanitario non è assimilabile ad un mercato tradizionale, di qui la suggestiva definizione di “**quasi mercato**”, ma il mercato degli ausili tecnici, tranne alcune eccezioni, si differenzia ulteriormente dal mercato sanitario per alcune peculiarità e per gli effetti che determina:

(1) è in crescita costante con una domanda in robusta ed irreversibile espansione e che difficilmente registrerà flessioni nel prossimo futuro (*incremento delle spese pubbliche*),

(2) si arricchisce di nuove soluzioni con una rapidità tale da rendere pressoché inadeguati persino gli stessi sistemi classificativi adottati (*numerosità delle soluzioni disponibili*),

(3) alla disponibilità di ausili adattati concepiti per l'uso delle persone con disabilità si affiancano sempre più soluzioni di uso corrente e comune peraltro a costi convenienti che esercitano un forte *appeal* sugli utenti (*concorrenza con settori “forti” del mercato esterni alla sanità*),

(4) non è stata condotta alcuna *survey* di mercato per definire standard di qualità credibili e per fornire un quadro generale di riferimento utile a disegnare la tendenza prescrittiva degli specialisti italiani (*imprevedibilità degli attori*).

Non vanno trascurate, infine, le difficoltà di stabilire le corrette definizioni dei quantitativi e la fissazione dei prezzi da porre a base d'asta per i procedimenti che lo richiedono.

Le quantità scaturiscono sempre dal cosiddetto fabbisogno storico con aggiustamenti e aggiornamenti operati dalla programmazione aziendale (*o dell'Area vasta*), dalla previsione delle attività e nella consapevolezza che l'evoluzione tecnologica, la ricerca clinica, l'aggiornamento delle metodiche e l'innovazione inducono robusti mutamenti nell'impiego con la conseguente, naturale ripercussione sull'individuazione di differenti fabbisogni da mettere a gara.

A loro volta, **i prezzi** sono mutuati dallo "storico" (*i prezzi "spuntati" in precedenti gare*) e da eventuali indagini di mercato e sono suscettibili di rapide variazioni in larga misura derivanti dalle stesse dinamiche del mercato cui si riferiscono; gli importi di gara, nella maggior parte dei casi fissati come base d'asta, sono di regola determinati partendo dai prezzi di mercato nonché, qualora si rivelassero più convenienti, da quelli pagati al momento dalle Aziende.

E' purtroppo necessario nelle forniture (*meno nei servizi*) ricorrere al concetto di **importo presunto/indicativo** corrispondente ad un fabbisogno quali-quantitativo teorico, stimato sostanzialmente: si tratta di beni che soddisfano alcune risposte sanitarie di territori e comunità non esattamente e non completamente prevedibili, quasi mai sovrapponibili con le soluzioni presenti, valutabili al momento dell'indagine di mercato nonché all'esigenza di introdurre novità diverse dalle soluzioni precedentemente offerte dal mercato.

Da ultimo, con specifico riferimento allo svolgimento dell'operazioni di gara, si auspica che il ruolo delle commissioni aggiudicatrici sia circoscritto al vaglio della documentazione tecnica, alle valutazioni, alla formulazione della "classifica" ed alla elaborazione degli esiti. Tali organismi collegiali, infatti, sono costantemente e abitualmente composti dagli specialisti medici e dai professionisti sanitari designati *ad hoc* in forza delle proprie competenze/esperienze strettamente sanitarie: non è quindi ragionevole coinvolgerli in operazioni formali avulse dalle fasi di verifica tecnica delle offerte come, ad esempio, le sedute pubbliche per l'apertura delle offerte pervenute e l'esame della documentazione amministrativa ed economica.

E' stato infatti segnalato da studi teorici ma credibili e accreditati che i componenti delle commissioni impiegano un tempo maggiore per le operazioni formali rispetto a quanto ne dedicano al vaglio delle caratteristiche tecnico-qualitative dei prodotti da aggiudicare.

BOX di APPROFONDIMENTO – La *Cost-Utility Analysis (CUA)* è una variante dell'analisi costo-efficacia che confronta i costi in unità monetarie ed i risultati in termini di utilità percepita dall'utente di solito identificata con il miglioramento della qualità della vita e tradizionalmente misurato con l'unità convenzionale **Qol** (*Quality of Life*) mentre la *Cost-Benefit Analysis (CBA)* confronta sia i costi che i risultati, entrambi espressi in unità monetarie.

Per onestà intellettuale, è doveroso segnalare che la stessa ricerca internazionale (**Persson e Brodin, 1993; Alastuey et al. 1994**) ha da tempo rilevato come nel campo degli ausili tecnici sono state condotte ben poche indagini di questo tipo che si possano considerare solide dal punto di vista scientifico a causa dei peculiari problemi che il settore manifesta in confronto con le altre tecnologie biomediche e ad esempio con la ricerca farmaceutica.

Le difficoltà metodologiche derivano da problemi di ordine concettuale e pratico: da un lato, non è del tutto chiaro su quale piano possano essere misurati i *risultati* connessi all'uso degli ausili giacché non possono essere i miglioramenti dello *stato biologico di salute* come per i farmaci o i dispositivi medici propriamente detti; dall'altro, l'impiego di quest'ultimi è affidato e gestito secondo protocolli definiti da operatori sanitari che, tra l'altro, li applicano in ambienti controllati mentre le tecnologie assistive nella quasi totalità dei casi sono maneggiate direttamente dalle persone nell'abituale contesto di vita che, peraltro, può presentare differenze anche molto forti da caso a caso.

Non è possibile riferirsi ad *indicatori dello stato di salute* poiché i dispositivi hanno finalità diverse dalla diagnosi o dalla cura delle patologie (*scomparsa o attenuazione dei sintomi*), non salvano vite né permettono di eliminare le menomazioni e, per quanto riguarda i costi correlati, non possono trascurarsi le conseguenze dell'ambiente, delle attività svolte dall'utilizzatore, del

tempo e delle risorse messe a disposizione dai componenti della rete primaria. (**Quanto costano gli ausili, R. Andrich, M. Moi, SIVA (ricerca Min. Salute), 1998**)

Del resto, la valutazione clinica e funzionale effettuata al momento della dimissione da una struttura di riabilitazione non è un criterio sufficiente per misurare l'efficacia "sul campo" perché non esiste, di norma, un rapporto diretto tra l'efficacia dell'intervento in un ambiente controllato (*efficacy*), l'adeguatezza nelle normali condizioni d'uso (*effectiveness*) ed il valore che l'utente attribuisce al risultato raggiunto (*utility*).

Prescrivere, fornire e avvalersi di un ausilio si basano principalmente sull'analisi delle necessità (*ragionevoli aspettative e, per molti versi, anche "preferenze"*) espresse dalla persona; da tale punto di vista, esiste un diffuso consenso nell'affermare che la valutazione deve mirare al concetto dell'*utilità* più che a quello classico dell'*efficacia*, sospingendo verso l'adozione dell'analisi costi-utilità.

Infatti, l'efficacia misura l'effetto dei risultati raggiunti in confronto con gli obiettivi iniziali e per molti aspetti è più facilmente rilevabile mentre l'utilità esprime il valore che l'utente attribuisce a tali risultati ed è un concetto scivolosamente soggettivo in quanto esprime un suo giudizio personale gravato per giunta dalla difficoltà di una misurazione inoppugnabile.

Nonostante ciò, il concetto di utilità ha radici profonde nella cultura occidentale e costituisce la base di una serie di teorie del cosiddetto "comportamento economico dell'individuo" che in qualche modo sono il fondamento della scienza economica.

Nel caso in questione, ad esempio, l'utilità prodotta dalle azioni ed il "sacrificio" richiesto per il loro svolgimento sono correlati e condizionano le scelte delle persone. La logica di comportamento che si fonda sulle valutazioni delle relazioni utilità-sacrificio è definita come logica economica costituita da alcuni principi tra cui i più rilevanti sono (1) nessuna azione è giustificata sul piano economico se l'utilità prodotta è inferiore al sacrificio sostenuto e (2) tra le possibili alternative di azione sono da preferire quelle che, a parità di sacrificio, producono la massima utilità o che a parità di utilità prodotta richiedono il minimo sacrificio. (**E. Borgonovi, 1990**)

La corrente di pensiero più accreditata per superare l'*impasse* della scarsa misurabilità è puntare ad “**indici pesati**” espressi con punteggi compresi tra 0 e 1 (*0 corrisponde al peggiore stato possibile, 1 al migliore*), con l'obiettivo di verificare le variazioni di utilità ascrivibili alla fornitura dell'ausilio e quindi alla realizzazione del programma riabilitativo elaborato al momento della presa in carico della persona (*o in fasi successive*) facendo per così dire rientrare nella partita delle eventuali unità di misura più sensibili taluni indicatori caratteristici delle consolidate scale di valutazione della disabilità utili a quantificare gli esiti dell'intervento riabilitativo nel suo insieme.

Anche implementando tale ipotesi di lavoro, tuttavia, due ulteriori considerazioni potrebbero complicare il quadro esposto:

- 1. Gli ausili forniti alle persone con patologie progressive:** pur scelti con appropriatezza non solo non registrano alcun miglioramento ma, anzi, comportano uno stato di peggioramento che sfortunatamente non potrà essere attribuito con certezza all'ausilio (*scelta scorretta*), al decorso della patologia (*evento inevitabile*), all'inadeguatezza dello strumento di misura o alle cattive modalità di uso o ad altro ancora;
- 2. L'utilità dell'intervento/fornitura non può essere misurata esclusivamente a livello dell'assistito** ma anche a livello della famiglia e della rete primaria in cui la riduzione del carico assistenziale comporta un cambiamento all'interno del sistema che, a sua volta, si ripercuote sulla qualità della vita della persona disabile stessa.

Non di meno, è necessario riflettere sulle possibilità di applicare forme strutturate di analisi costi-risultati che pure presentano evidenti limiti ed occorre sforzarsi prima di ideare e poi di impiegare sistemi alternativi per arrivare a definire il denominatore del rapporto con i costi che possa dirsi tipico degli ausili tecnici con convinzione e meno incertezze:

- (1)** indicatori e parametri che attengano limitatamente a particolari categorie di ausili funzionali e all'uso solo in determinati ambiti riabilitativi nell'ambito dei quali sono prescritti e forniti;
- (2)** valutazioni e verifiche in cui la variabile individuale ed ambientale (*persona e contesto*) contribuisce a determinare un *pattern* di indici del tutto specifico per quella fornitura e non per le altre;

(3) sistematica misura dei vantaggi rilevati e dei progressi conseguiti dalla persona verificatisi dopo l'uso dell'ausilio prescritto e grazie agli effetti del suo contributo.

Proroghe e rinnovi

Alla Direzione generale della Programmazione del Ministero della salute sono pervenute segnalazioni riguardanti l'attivazione di proroghe e rinnovi di contratti per la fornitura di ausili da parte delle Asl così numerose da non poterle considerare situazioni contingenti o fenomeni isolati.

Così, i pareri e le interpretazioni formulate hanno intercettato una prassi consolidata e diffusa che, oltre a destare la perplessità degli assistiti più attenti, è accompagnata anche da forti dubbi degli stessi operatori circa la legittimità dei procedimenti perché specialmente le forme tacite, cioè disposte successivamente alla data di scadenza di un contratto, lasciano molti dubbi sugli scopi reali dell'azione amministrativa.

Il comportamento è giustificato con l'urgenza di non interrompere la fornitura sostenendo con eccessiva disinvoltura e un certo grado di sufficienza che nuocerebbe alla continuità terapeutica e assistenziale di trattamenti e prestazioni. Sfortunatamente, un "automatismo" del genere non è affatto dimostrabile.

In realtà la spiegazione che, per inciso, pone già le Amministrazioni in una posizione difensiva, non regge di fronte all'elementare rilievo che l'urgenza della proroga si dovrebbe manifestare prima della scadenza del contratto e non dopo e si aggrava ulteriormente dal momento che è facilmente dimostrabile come le dinamiche del mercato rendono pressoché impossibile per l'acquirente pubblico considerare la continuità nell'affidamento dei contratti come la risposta più efficace ed efficiente.

Infatti il dinamico settore degli ausili propone costantemente novità, introduce innovazioni tecnologiche, fa emergere prodotti alternativi a quelli aggiudicati e le imprese sono molto attive

nell'offrire abbattimenti dei costi e forti miglioramenti nelle condizioni dello scambio, tanto per le forniture che per le prestazioni.

Il risultato più o meno consapevole è quindi perpetuare l'affidamento del contratto in capo ad una ditta che in qualche modo e per ragioni non del tutto ostensibili si rivela gradita all'Amministrazione, che rivendica una consolidata *partnership* con l'acquirente pubblico e che sottrae per tempi anche lunghi i beni alla concorrenza di altre imprese che potrebbero aggiudicarsi la gara.

Il nuovo codice degli appalti prevede le fattispecie della proroga e del rinnovo espressi (*art. 106, commi 11 e 12*) contemplando l'ipotesi della ripetizione ora prevista anche per i lavori e non solo per i servizi: viene mantenuta una distinzione già nota nel senso che le prime (*rinnovo e proroga*) vengono considerate alla stregua di modificazioni di contratti in corso (*art. 106*) mentre la ripetizione mantiene la sua natura di procedura negoziata nelle forme dell'affidamento o del riaffido diretto.

In linea di principio e fuori dai casi contemplati dall'ordinamento, il **rinnovo o la proroga** di un contratto d'appalto di servizi o di forniture stipulato da una PA dà luogo a una fattispecie di trattativa privata **non consentita**, preclude la possibilità di altri operatori economici e imprenditori di partecipare al procedimento per l'affidamento del contratto e legittima qualsiasi impresa del settore a far valere il suo interesse dinanzi al giudice amministrativo a che la gara sia regolarmente espletata.

In più, a riguardo non vi è alcuno spazio per l'autonomia contrattuale delle parti: anche in forza della normativa comunitaria, vige il principio che l'Amministrazione, una volta scaduto il contratto e qualora abbia ancora la necessità e manifesti la volontà di avvalersi dello stesso tipo di prestazioni, **deve effettuare una nuova gara**.

Il Consiglio di Stato (*sez. V°, decisione 8 luglio 2008, n.3391*) ha ribadito i limiti per l'esercizio dei poteri di rinnovo o di proroga dei contratti pubblici delle amministrazioni aggiudicatrici. Con riferimento ad una precedente pronuncia (*sez. IV, decisione 31 ottobre 2006, sentenza*

n.6457), il massimo organo della giustizia amministrativa ha evidenziato le problematiche in questione, di seguito elencate:

1. La prima è l'istituto del “*rinnovo tacito*”, oggi sicuramente **inammissibile** (*legge n. 62/2005, legge comunitaria 2004, Consiglio di Stato, Sezione IV, sent. cit.*). Resta da capire quali conseguenze comporti l'eccezione del ricorso a tale strumento in termini di categorie invalidanti (*annullabilità o nullità*). Infatti, il contratto rinnovato tacitamente è **nullo e improduttivo** di effetti in quanto disposto dalle parti (pur *per-factia-concludentia*) in palese violazione di norme imperative dell'ordinamento giuridico e di competenza del Giudice ordinario in caso di controversia;
2. Nel parere del Consiglio di Stato (*1° aprile, n. 855/2016*) dopo la ricezione della bozza governativa del nuovo Codice dei Contratti, il Governo era invitato a stralciare la previsione del “rinnovo” allora contenuta all'art.106, comma 12 (*prevedendosi la possibilità di intervenire anche a modifica del prezzo, oltre che della durata*) in quanto “*...non è coerente con le direttive. In base al diritto europeo il rinnovo del contratto è consentito solo se rimane immodificato il suo contenuto (e ciò perché in origine, cioè dalla indizione della gara originaria, gli operatori economici devono essere in grado di valutare la convenienza della partecipazione e delle previsioni contrattuali) In altri termini, se vi è modifica del contenuto del contratto vi è un nuovo contratto: e ciò comporta la necessità di una specifica gara. Non si può dunque prevedere che sia modificato il contratto ‘rinnovato’: vanno conseguentemente soppressi tutti i richiami alla possibilità di modificare il contenuto del contratto rinnovato...*”.
3. La Commissione speciale nello stesso parere prende in considerazione la fattispecie del “rinnovo espresso” statuendo: “*Il contratto di appalto può essere, nei casi in cui sia stato previsto nei documenti di gara, rinnovato per una sola volta per una durata e un importo non superiori a quelli del contratto originario. A tal fine, le parti stipulano un nuovo contratto, accessorio a quello originario, di conferma o di modifica delle parti non più attuali nonché per la disciplina del prezzo e della durata*” (*www.Appalti&contratti, 8 aprile 2016*). L'istituto assicura la massima trasparenza

laddove equipara la durata massima del rinnovo che la SA può utilizzare ricorrendo all'inserzione di una apposita clausola negli atti di gara (*determina, bando, capitolato, contratto*) che preveda la **“opzione di rinnovo”** a quella complessiva del contratto pubblico, con pari effetti in termini di computo del suo valore e di disciplina procedurale applicabile alla relativa soglia economica.

In sostanza, l'ammissibilità del rinnovo espresso passa attraverso la considerazione dell'opzione quale nuovo ed ulteriore contratto pubblico non sottratto alla disciplina concorrenziale ed alle regole dell'evidenza pubblica; dunque, **il rinnovo, disposto senza idonea previsione, si trasforma in rinnovo tacito e torna ad essere inammissibile.**

“L'uso improprio e disinvolto delle proroghe assume profili di illegittimità e di danno erariale quando le amministrazioni non dimostrino di aver attivato tutti quegli strumenti organizzativi amministrativi necessari ad evitare il generale e tassativo divieto di proroga dei contratti in corso e le correlate distorsioni del mercato”. E' quanto si afferma senza alcuna incertezza interpretativa nel comunicato ANAC ad esclusiva firma di Raffaele Cantone il 4 novembre 2015.

Publicato sul sito istituzionale dell'Autorità (**18 novembre 2015**), è un duro monito sull'improprio utilizzo di proroghe e rinnovi dei contratti pubblici: l'indagine sulle motivazioni dell'utilizzo è articolata su un significativo campione di 39 SA sebbene sia limitato a servizi regionali di contratti di lava-nolo, pulizie e ristorazione.

L'analisi appare nella sua impietosa e sconcertante chiarezza, anche in termini di *warning* per condotte future: ***“Dall'indagine, riferita a 78 contratti più volte prorogati, è emersa una durata media di 36 mesi (da 9 a 72 mesi) e solo 35 contratti prevedevano opzioni mediamente di circa 30 mesi (da 9 a 48) pari all'85% della durata media dei contratti originari con opzioni di durata oscillanti dal 33% a 150% della durata contrattuale originaria”***. Una durata media di 36 mesi, cioè ben 3 anni di proroga ma che tuttavia è solo la media, in quanto occorre tener conto pure di patologie estreme: ***“...in ben 18 casi è stata superata la percentuale del 300% (da un contratto di 36 mesi prorogato per altri 112 mesi pari al 311%, al clamoroso***

caso di un contratto di 12 mesi prorogato per 158 mesi pari a più di 13 volte la durata originaria)”.

Nel documento si riafferma che la proroga è un caso eccezionale, limitato ad una precisa casistica che la può giustificare. Viceversa, emerge che la proroga è una prassi naturale e costante che ne snatura la funzione tradendone la *ratio*, dall’essere “**uno strumento di transizione per qualche mese di ritardo determinato da fatti imprevedibili**” a diventare “**un ammortizzatore pluriennale di palesi inefficienze di programmazione**”.

La causa deve ricercarsi nella mancata programmazione nell’acquisto di beni e servizi che sarebbe sufficiente a garantire il regolare e tempestivo avvicendamento degli affidatari: la sua colpevole assenza moltiplica le emergenze in cui la girandola delle proroghe tecniche comincia a girare persino prima che abbia inizio il vero e proprio affidamento del servizio.

Intanto la proroga deve essere distinta concettualmente dal rinnovo; la giurisprudenza è ben chiara sul punto: “*Mentre la proroga del termine finale di un contratto sposta solo in avanti la scadenza conclusiva, posticipando il termine finale di efficacia del rapporto, il quale resta regolato dalla sua fonte originaria, il rinnovo del contratto comporta una nuova negoziazione con il medesimo soggetto, ossia un rinnovato esercizio dell’autonomia negoziale*” (**Tar Puglia, sez. Lecce II, n. 3239/2007**).

Quindi, la proroga consiste nel mero differimento temporale di una convenzione, accordo o contratto, ferme restando tutte le altre condizioni della medesima. Ancor più recentemente, è stato statuito che “*la differenza tra rinnovo e proroga di contratto pubblico sta nel fatto che il primo comporta una nuova negoziazione con il medesimo soggetto, che può concludersi con l’integrale conferma delle precedenti condizioni o con la modifica di alcune di esse in quanto non più attuali; la seconda ha invece come solo effetto il differimento del termine finale del rapporto, il quale rimane per il resto regolato dall’atto originario*” (**Tar Sardegna, sez. I, n. 755/2014**).

L’unica proroga possibile è solo quella “tecnica”, diretta cioè a consentire la prosecuzione del rapporto contrattuale in corso, nelle more dell’espletamento della nuova procedura di gara; la

giurisprudenza ammette tale proroga affermando che: *“Per effetto dell’applicazione dei principi comunitari che considerano la proroga o il rinnovo di un contratto quale contratto nuovo soggiacente a regole competitive, è vietata la proroga tacita e la proroga può essere concessa, esclusivamente con provvedimento espresso, al fine di evitare l’interruzione delle attività in atto, per il solo tempo necessario a consentire l’espletamento della procedura di evidenza pubblica” (Consiglio di Stato, sez.V, n. 2151/2011).*

Dunque, è legittima la proroga solo connessa ad una nuova gara e sarà posta in essere e approvata simultaneamente all'avvio della stessa, al chiaro fine di non dar luogo a facili abusi.

BOX di APPROFONDIMENTO – La proroga del contratto scaduto riceve la prima disciplina organica in forza dell’art.23, c.2, L. 18 aprile 2005, n. 62 secondo cui *“I contratti per acquisti e forniture di beni e servizi, già scaduti o che vengano a scadere nei sei mesi successivi alla data di entrata in vigore della presente legge, possono essere prorogati per il tempo necessario alla stipula dei nuovi contratti a seguito di espletamento di gare ad evidenza pubblica a condizione che la proroga non superi comunque i sei mesi e che il bando di gara venga pubblicato entro e non oltre novanta giorni dalla data di entrata in vigore della presente legge”.*

Successivamente, vigente il precedente Codice degli appalti (d.lgs. n.163/2006), in assenza di un’espressa previsione, la giurisprudenza amministrativa (TAR Lazio, Roma, Sez. II-Quater, 4 settembre 2017, n.9531) l’ammise in due casi:

1. se la **relativa clausola è già inserita nel bando** quale opzione da esercitarsi da parte della SA in favore dell’aggiudicatario della selezione alle condizioni fissate fin dall’inizio nella *lex-specialis* di gara definendosi preventivamente condizioni e termini della proroga (con modalità proporzionate all’oggetto del contratto e capaci di escludere pregiudizi alla leale concorrenza nel mercato economico di riferimento), tanto che tutti i partecipanti alla gara sono posti in grado di presentare una offerta economica che comprenda anche l’eventuale periodo di proroga i cui effetti quindi sono stati anch’essi oggetto della selezione (ipotesi di c.d. proroga tecnica);

2. se, una volta scaduta l'efficacia del contratto e una volta avviate concretamente e formalmente le procedure per l'espletamento della nuova selezione pubblica (con la pubblicazione del bando o attraverso altra formalità propria della scelta), si renda **necessario garantire la prosecuzione del servizio o della fornitura** per tutto il tempo utile al completamento delle procedure selettive e alla stipula del nuovo contratto con il nuovo affidatario (ipotesi di c.d. proroga ponte).

Il nuovo codice (d.lgs. n.50/2016) presenta una disciplina decisamente più puntuale e inequivocabile. In particolare l'art. 106 dispone al comma 11 "*La durata del contratto può essere modificata esclusivamente per i contratti in corso di esecuzione se prevista nel bando e nei documenti di gara una opzione di proroga. La proroga è limitata al tempo strettamente necessario alla conclusione delle procedure necessarie per l'individuazione di un nuovo contraente*". Diversamente, l'art. 175 che riguarda le modifiche delle concessioni, vieta del tutto che la concessione preveda clausole di proroga.

In definitiva, dall'analisi della casistica giurisprudenziale emerge un quadro di generale inapplicabilità vista come deroga al principio dell'evidenza pubblica e suscettibile quindi di una posizione rigorosa.

Anche la cosiddetta "**proroga-ponte**" intesa come "*istituto volto ad assicurare che, nelle more dello svolgimento di una gara per il nuovo affidamento di un servizio, l'erogazione dello stesso non subisca soluzioni di continuità - rappresenta un'ipotesi del tutto eccezionale, utilizzabile solo qualora non sia possibile attivare i necessari meccanismi concorrenziali*" (**Consiglio di Stato, sez. V, 17/01/2018, n. 274**).

La giurisprudenza ritiene rilevante ai fini della valutazione della legittimità delle proroghe anche il numero delle stesse disposte da una Amministrazione al punto di indiziarne un'abitudine (**TAR Lombardia, Brescia, Sez. II, 3 ottobre 2016, n. 1281**).

In definitiva, in quali circostanza pur eccezionali è possibile parlare ancora di legittimità? La risposta è che **devono coesistere tutte** le condizioni seguenti:

1. essere espressamente prevista nella *lex-specialis* della procedura di gara originaria;
2. essere disposta prima che il contratto scada e mai dopo;
3. essere determinata da ragioni **obiettivamente** indipendenti dalla stazione appaltante;
4. essere limitata al tempo necessario all'espletamento di una nuova gara al fine di assicurare “**precaramente**” il servizio o la fornitura;
5. riguardare un contratto di appalto e **mai** una concessione.

Riutilizzo degli ausili

Negli ultimi anni si registra la tendenza ad adottare provvedimenti che istituzionalizzano il ricorso al riutilizzo degli ausili in coincidenza con il delicato momento che caratterizza l'economia nazionale e che incide inevitabilmente anche sui servizi sanitari con la contrazione delle risorse disponibili; si tenga conto che, in considerazione dei contestuali incrementi dei costi, anche confermare il *budget* degli anni precedenti potrebbe intendersi come una riduzione del finanziamento.

Il decreto 332/1999 prevede: “*I dispositivi protesici di cui agli elenchi 1 e 2 del nomenclatore allegato si intendono ceduti in proprietà all’assistito, fatta salva la facoltà delle Regioni di disciplinare modalità di cessione in comodato d’uso dei dispositivi per i quali sia possibile il riutilizzo, allo scopo di conseguire economie di gestione, prevedendo comunque l’obbligo dell’azienda cedente di garantire la perfetta funzionalità e sicurezza dei dispositivi e di fornire all’assistito le istruzioni previste dalla normativa vigente.*” (Art. 4, comma 12).

Il legislatore ne aveva quindi prevista l’applicabilità anche quando introdurre meccanismi di risparmio per tale spesa non appariva di così stringente necessità; l’ulteriore conferma della non straordinarietà della misura discende dalla considerazione che, negli ultimi anni, un buon numero di Asl hanno adottato appositi capitolati speciali ricorrendo al mercato per l’acquisizione di un servizio di riutilizzo di dispositivi ed ausili da “ricondizionare” per un successivo utilizzo.

Il DPCM 12 gennaio 2017 menziona il riutilizzo degli ausili limitatamente a quelli di serie di cui all'elenco 2B dell'allegato 5 (*art. 18, comma 3*) quando ne prevede la fornitura “...*alle persone con grave disabilità transitoria, assistite in regime di ospedalizzazione domiciliare, di dimissione protetta o di assistenza domiciliare integrata...*”, qualora Regioni o Asl abbiano attivato servizi di riutilizzo dei suddetti; più avanti (*art. 18, comma 9*), includendo anche quelli dell'elenco 2A, condiziona all'istituzione del servizio di riutilizzo la possibilità di cedere agli assistiti gli ausili in comodato d'uso e non necessariamente in proprietà.

E' noto che gli ausili autorizzati dalle Asl, dopo la consegna all'utente-primario destinatario, sono spesso riconsegnati agli uffici o segnalati come inutilizzati presso il domicilio degli assistiti al personale dei distretti che non è in grado di recuperarli in favore di altri soggetti, sia per la mancanza di un apposito servizio di manutenzione e riparazione, sia per l'assenza di un adeguato sistema di sanificazione degli stessi che li predisporrebbe ad una successiva fornitura.

Ne consegue, in genere, una sorta di dismissione non formalizzata che di fatto si rivela un totale abbandono degli ausili resi dagli utenti sebbene siano ancora in buone condizioni.

E' altresì noto che da alcuni anni molte Regioni hanno incoraggiato il sistema che si fonda sull'erogazione in comodato d'uso di tali beni sanitari (*il decreto 332/1999 li prevede ceduti in proprietà, ad eccezione di quelli inclusi nell'elenco n. 3*) che consente di riprenderli in carico quando sono restituiti per poi avviarli ad un servizio di manutenzione, sanificazione e ricondizionamento benché sia opportuno limitarlo esclusivamente ad alcune categorie di ausili (*elenco n.2 del nomenclatore del 1999 e ausili per mobilità e postura*), avendo valutato la fattibilità della procedura e un'accettabile risparmio.

In un'analisi sulla questione condotta dalla Programmazione sanitaria del Ministero della salute su un campione significativo di Asl italiane è emerso in particolare che:

a)- la tipologia e la dimensione delle Asl non influenza la decisione di disciplinare il riutilizzo: nel campione analizzato, sono presenti Asl che rappresentano una città o una parte di essa e Asl il cui territorio di pertinenza è l'intera provincia o una parte di essa (***1. E' una scelta aperta, applicabile a differenti “geografie” dei territori di pertinenza***);

b)- la scelta di ricorrere allo strumento del riutilizzo non coinvolge esclusivamente Asl di Regioni sottoposte al piano di rientro ma è una opzione di efficientamento del servizio che può essere perseguita indipendentemente dalla necessità di produrre in tempi brevi un risparmio sulle spese per tali acquisti (**2. Non è detto che si scelga di realizzarlo solo in condizioni d'emergenza**);

c)- le differenze demografiche e di composizione della popolazione residente non influenzano significativamente la numerosità e le tipologie degli ausili restituiti e quindi recuperabili per una successiva erogazione dopo le operazioni di igienizzazione (**3. “Ne vale la pena” anche se si pensa di gestire un parco ausili limitato**);

d)- la risposta degli operatori di mercato interessati all'aggiudicazione dell'appalto è largamente positiva tanto nell'ipotesi di dover intervenire in aree urbane ad elevata densità di popolazione con molti ausili da riutilizzare e con brevi spostamenti per il prelievo e la riconsegna [**1° caso**] quanto svolgere tale servizio in territori più estesi, con numeri meno consistenti di ausili da riciclare e con la necessità di compiere spostamenti di maggiore ampiezza per effettuare tanto il ritiro quanto la consegna [**2° caso**] (**4. Il mercato manifesta interesse e risponde anche in presenza di apparenti difficoltà logistiche**);

e)- in tre Asl (*Cuneo, Firenze e Milano 1*), la procedura di dotarsi del servizio di manutenzione e riutilizzo dei dispositivi è operativo da oltre 10 anni mentre negli altri casi l'attivazione delle procedure è una scelta successiva al 2010 (**5. Non può considerarsi una risposta operativa recente**);

f)- è interessante notare che, la presenza di tre aziende sanitarie della Regione Lazio (*di cui due dell'area urbana di Roma*), configurano un attivo coordinamento operativo della Regione alle prese con un pesante disavanzo finanziario: ciò ha comportato l'omogeneità delle scelte organizzative e procedurali e si è tradotta in una buona uniformità di comportamento nei confronti degli assistiti (**6. Minori disagi per i destinatari e riduzione del contenzioso con i responsabili dei distretti**).

Un esempio del genere induce a ritenere possibile che le Regioni, qualora opportunamente sensibilizzate sull'argomento ed in tempi relativamente brevi, adottino i provvedimenti operativi necessari per disciplinare il riutilizzo degli ausili "assorbendo" e facendo proprie le esperienze attivate al livello locale o regolamentando *ex novo* la materia.

Del resto, gli indici di disabilità media della popolazione sono in aumento rispetto al passato anche per le aspettative di vita e non lasciano alcun dubbio circa l'incremento della domanda di ausili: in una cornice di corretto utilizzo delle risorse è quindi necessario un ripensamento delle modalità di fornitura che includa senza timori o resistenze interessate tale soluzione di pari efficacia e maggiore efficienza, affiancandola all'acquisto del nuovo di cui può rappresentare un'interessante integrazione.

I magazzini ausili, gestiti in proprio dal personale Asl o affidati alla manutenzione dell'azienda aggiudicataria dell'appalto con la supervisione dei referenti dell'Asl, hanno registrato una documentabile riduzione dei costi, un miglioramento della qualità tecnica delle prescrizioni offrendo agli operatori della riabilitazione la disponibilità di un parco-ausili per effettuare prove direttamente con gli assistiti e, infine, per completare molte forniture in maniera più tempestiva a fronte, ad esempio, di richieste urgenti per alcuni dispositivi.

Appare comunque utile riportare un significativo estratto delle considerazioni espresse dal Consiglio di Stato che ha riformato la sentenza del TAR Campania n. 2297/2013 a riguardo di una gara per l'affidamento del servizio di manutenzione, consegna e ritiro a domicilio di portesi ed ausili non personalizzati sul ricorso proposto dalla Asl Napoli 2 nord (**sentenza 13 gennaio 2014**).

"... la Sezione osserva che non è ravvisabile ... alcuna preclusione affinché un'azienda possa prevedere autonomamente ed assumere iniziative organizzative per il riutilizzo dei dispositivi inclusi negli elenchi nn. 2 e 3 del nomenclatore, ma a ben vedere neppure per quelli "allestiti a misura" inclusi nell'elenco n. 1, costruiti "finiti" ed adattati per un determinato disabile (ben inteso sempre che l'adattamento di tali dispositivi "allestiti a misura" sia effettuato da tecnico abilitato, siano garantite perfette funzionalità e sicurezza e fornite le istruzioni), quindi ripristinabili ed allestibili "a misura" di altro disabile, operando la preclusione non normativa, bensì soprattutto funzionale e di convenienza economica, unicamente per quelli costruiti o modificati (non semplicemente adattati o allestiti) appositamente per quel paziente,

ossia “su misura”, i quali – come precisato dall’ASL – non rientrano nell’oggetto del servizio messo a gara. Del resto, la possibilità di riutilizzo è prevista direttamente dal regolamento. Né il fatto che la disposizione sopra riportata dia alle regioni la facoltà ... di prevedere che i dispositivi inclusi negli elenchi n. 1 e 2 siano ceduti all’assistito in comodato, anziché in proprietà, esclude l’iniziativa di riutilizzo da parte dell’azienda di quegli ausili di cui è già proprietaria, in quanto se ne era dotata per esigenze dirette ed ora giacenti inutilizzati presso di essa, ovvero dismessi e restituiti (id est ritirati a richiesta dell’utente presso il suo domicilio) dagli interessati per qualsiasi causa e quindi rientrati nella sua proprietà (non in quella del gestore del servizio). Detta disposizione intende, infatti, agevolare e generalizzare il riutilizzo, non certo limitarlo all’ipotesi ivi formulata, anzi suggerendolo come metodo per il conseguimento dello scopo della realizzazione di economie nelle spese di gestione. Quanto poi all’assegnazione del confacente ausilio “rimesso a nuovo” ad un assistito, in primo luogo ciò non può ritenersi vietato all’Azienda, dal momento che l’art. 26, co. 1 e 2, della legge 23 dicembre 1978 n. 833 ben le consente di erogare direttamente, attraverso i propri servizi, le prestazioni sia sanitarie che protesiche dirette al recupero funzionale e sociale dei soggetti affetti da minorazioni fisiche, psichiche o sensoriali, dipendenti da qualsiasi causa. In secondo luogo, neppure può ritenersi che siffatta assegnazione leda la facoltà di “libera scelta” dell’assistito dell’ortopedia a cui rivolgersi: com’è ben noto, nel sistema sanitario nazionale la facoltà di libera scelta, peraltro riferibile alle prestazioni prettamente sanitarie e non ai meri ausili, non costituisce principio di carattere assoluto, dovendo invece essere temperato con altri principi rispondenti a valori pur costituzionalmente tutelati, quali appunto il contenimento e la razionalizzazione della spesa pubblica.”

I soggetti aggregatori

La legge finanziaria 27 dicembre 2006, n.206 (*art. 1, comma 455*) ha previsto che le Regioni costituiscano centrali d’acquisto, anche in forma associata con altre Regioni, operanti da centrali di committenza in favore di Amministrazioni ed Enti regionali e locali del SSN e altre Pubbliche amministrazioni con sede nel medesimo territorio.

Tra le iniziative per razionalizzare la spesa pubblica, la stessa legge prevede la costituzione di un sistema a rete tra le centrali di committenza e la Consip S.p.A. per incoraggiare l’armonizzazione dei piani di razionalizzazione della spesa di più soggetti e realizzare le necessarie sinergie nell’utilizzo degli strumenti informatici.

Il sistema degli acquisti pubblici è uscito ridisegnato per gli effetti del decreto legge 24 aprile 2014, n.66, convertito, con modificazioni dalla legge 23 giugno 2014, n.89, recante “*Misure urgenti per la competitività e la giustizia sociale*”.

Presso l’**AVCP** (*Autorità per la vigilanza sui contratti pubblici di lavori, servizi e forniture - ora ANAC*), nell’ambito dell’Anagrafe unica delle stazioni appaltanti, è istituito un elenco di soggetti aggregatori di cui fanno parte Consip S.p.A. nella sua veste di centrale di committenza a carattere nazionale, le centrali di acquisto regionali ed altri soggetti aventi i requisiti definiti con il d.P.C.M. del 11 novembre 2014.

Sono le:

- **città metropolitane**, istituite a norma della legge 7 aprile 2014, n.56 e del d.lgs. 17 settembre 2010, n.156 e delle **Province**;
- **associazioni, unioni e consorzi di enti locali**, ivi compresi gli accordi tra gli stessi Comuni resi in forma di convenzione per la gestione delle attività ai sensi del d.lgs. 18 agosto 2000, n.267.

Allo stato delle cose, l’elenco pubblicato risulta composto di 34 soggetti (*delibera ANAC, 23 luglio 2015*).

Inoltre, lo stesso d.lgs. 66/2014 prevede che siano individuate le categorie di beni e servizi a cura dell’Agenas nonché le soglie al superamento delle quali (*art. 9, comma 3 del citato d.lgs. 66 del 2014*), le Amministrazioni statali centrali e periferiche nonché le Regioni, gli enti regionali, i loro consorzi e associazioni e gli altri enti del Servizio sanitario nazionale ricorrono a Consip S.p.A. o ad altri soggetti aggregatori per lo svolgimento delle relative procedure.

I soggetti nell’elenco compongono insieme al **Ministero dell’economia**, un rappresentante della **Conferenza Stato-Regioni**, un rappresentante dell’**ANCI** e un rappresentante dell’**UPI**, cui si aggiunge un rappresentante dell’ANAC con funzione di uditore, il tavolo tecnico dei soggetti aggregatori istituito con il medesimo provvedimento del 2014 con compiti, tra gli altri, di pianificazione e armonizzazione delle iniziative di acquisto comprensivo della individuazione delle categorie di beni e servizi, di supporto tecnico ai programmi di

razionalizzazione, monitoraggio delle attività e dei risultati dell'aggregazione e della centralizzazione degli acquisti, promozione di azioni volte all'utilizzo di piattaforme informatiche di acquisto da parte dei soggetti.

La riduzione delle stazioni appaltanti e il preciso orientamento a costituirne almeno una per Regione è stata sostenuta anche nel quadro delle iniziative connesse alla revisione della spesa (*On.le Y. Gutgeld, presidente pro-tempore della Commissione*) il cui obiettivo come diffusamente sostenuto **non è conseguire meri risparmi** attraverso l'**adozione esclusiva di tagli** ma rendere la **spesa più efficiente**.

Del resto, non è difficile dimostrare che applicare tagli lineari genera iniquità maggiori rispetto all'approccio più ragionato e, non di rado, porta effetti non voluti al punto di risultare insostenibile e quindi inefficace (**R. Perotti, Status quo, Ed. Feltrinelli, 2016**).

Benché sia incontestabile che la parcellizzazione della spesa sanitaria porta fuori controllo il settore degli acquisti per forniture e servizi è altrettanto vero che, nel lungo termine, la centralizzazione delle gare applicata in maniera drastica e indiscriminata è una misura che:

- 1. Annulla** la possibilità per le singole strutture di poter negoziare nell'ambito del proprio contesto,
- 2. Comprime** la flessibilità a disposizione di ogni singola Asl e/o Ospedale anche in riferimento al territorio/bacino di pertinenza che potrebbe registrare sostanziali diversità e particolari necessità nelle esigenze di acquisto,
- 3. Equipara** in maniera pregiudiziale i compratori solerti, competenti ed attenti a quelli incapaci e negligenti,
- 4. Riduce** lo spazio per la buona gestione nell'ipotesi, tutt'altro che dimostrata, che il compratore unico sia sempre e comunque la migliore soluzione per ridurre gli sprechi e le disfunzionalità segnalate.

Da questo punto di vista, la legge di stabilità del 2016 (**L. 28 dicembre 2015, n. 208**), rafforzando gli obblighi di trasparenza e di leggibilità dei bilanci degli enti del Servizio sanitario, in parte già previsti ma poco rispettati in mancanza di un incisivo strumento sanzionatorio, rende ancor più manifeste le gestioni virtuose da quelle in *deficit* e a regime

consentirà alle Amministrazioni regionali un'azione più attenta e costante di monitoraggio di certo poco attuata in passato.

Sia chiaro, non è in discussione la volontà politica degli ultimi governi che raccomanda una più estesa applicazione né può sorprendere l'inevitabile resistenza da parte degli operatori pubblici e privati e dei fornitori, ma va rilevato che l'orientamento si scontra con taluni elementi di rischio e di criticità: qualsiasi soluzione economica, infatti, è aristotelicamente né buona né cattiva in assoluto, ma presenta vantaggi e svantaggi in riferimento alle differenti realtà di mercato che è necessario affrontare.

Ad esempio, la cospicua **dimensione media delle odierne aziende sanitarie** (*) da cui discende l'alto fabbisogno di beni tecnologici e di consumo genera di per sé una selezione che facilmente espelle dalle competizioni i fornitori dalle dimensioni e capacità più contenute.

A maggior ragione si osserva che l'ulteriore concentrazione della domanda accompagnata da un inevitabile allungamento della durata dei contratti di fornitura e dalla plausibile reiterazione dei processi di acquisto centralizzati, certo non semplici, ridurrebbe di più la concorrenza, concentrerebbe in pochi soggetti forti e attrezzati le aggiudicazioni determinando minori possibilità di scelta, meno servizi complementari, talvolta prezzi più elevati e minore propensione all'ingresso di autentica innovazione tecnologica quasi sempre proveniente da aziende e imprese di piccole e medie dimensioni.

BOX di APPROFONDIMENTO (*) - I processi di accorpamento delle aziende sanitarie sono iniziati negli anni '90 negli USA ed in Gran Bretagna e lo scenario italiano non differisce dalle esperienze degli altri Paesi: si è passati da un totale censito di **659 Unità Sanitarie Locali (Usl)** come si chiamavano nel 1992 a **180 Asl** nel 2005 e, infine, nel 2017 ne sono previste **104** di cui due, in Veneto e in Liguria sono denominate "aziende zero". Al momento della stesura del presente documento, in **Sardegna** è stata creata l'**Asl Unica** rispetto alle 8 precedenti. Per questo motivo, il numero totale delle Asl italiane scende ulteriormente a **97** unità.

Al varo della riforma del 1978 che istituiva il Servizio sanitario nazionale si era partiti da **642 unità sanitarie locali** che componevano il territorio nazionale ma va detto per completezza di informazione che esse assorbivano al loro interno tutta la rete ospedaliera poiché non esistevano le aziende ospedaliere autonome che solo più tardi sarebbero state attivate; rispetto ad oggi, quindi, si è registrata una contrazione di circa un sesto rispetto al numero iniziale.

In totale le Asl si **sono ridotte del 40% dal 2005 al 2017** con un andamento parallelo per i distretti, ridottisi del **33%** nello stesso periodo: erano **977 nel 1999**, **835 nel 2005** e per il **2017 ne sono previsti 562**. Anche gli IRCSS sono bruscamente diminuiti da 82 a 19 nel periodo dal 2011 al 2017 mentre, al contrario, le aziende ospedaliere compreso quelle universitarie sono state sostanzialmente confermate, da 82 a 80 (*D. Bellentani, DGPROGS, Ministero della salute - Annuario statistico, Ministero della salute; dati elaborati da FIASO*).

Sempre più accentrate, uniche e con bacini d'utenza che a volte superano il milione di abitanti; indubbiamente sorte anche per risparmiare sugli stipendi dei manager sulla scia delle richieste politiche o per riaccentrare ed omogeneizzare l'organizzazione dei servizi sanitari, le Asl hanno subito una vera e propria "dieta".

I motivi alla base dei processi di fusione sono sia di tipo economico che politico: il raggiungimento di economie di scala e di scopo, la razionalizzazione dei servizi forniti, la riduzione dell'eccesso di capacità, il miglioramento della qualità clinica conseguente all'aumento dei volumi delle prestazioni e le più agevoli politiche di formazione, attrazione e fidelizzazione degli *staff* dovrebbero, almeno in linea teorica, portare più facilmente alla chiusura di ospedali o solo di alcuni servizi, sostenere finanziariamente le organizzazioni più piccole, aumentare il potere di contrattazione, strutturare risposte più adeguate alle sfide dei committenti e alle richieste dell'utenza.

Dal punto di vista del rapporto tra la popolazione servita e le *performances* delle organizzazioni di assistenza primaria, nella *survey* di *Wilkin et al.*, pubblicata nel 2003 su *J. Health Serv. Res. Policy*, in effetti non emerge alcun risultato statisticamente significativo tra strutture accorpate e non in ordine all'efficacia clinica, preventiva, all'esperienza diretta del paziente, all'accessibilità, alla prestazione finanziaria ed al coinvolgimento dei dipendenti.

Il tema non è nuovo per gli addetti ai lavori; non a caso, sia **Fiaso** che **Federsanità Anci** hanno più volte lanciato un *warning* su tali fusioni “selvagge” che, tuttavia, è stato considerato solo strumentale a causa della contrazione di “poltrone” e posti di potere.

Al momento, le evidenze sull’impatto restano quanto meno contrastanti ed emerge che non esiste alcun tipo di automatismo tra l’aumento delle dimensioni dei bacini di utenza ed i miglioramenti nella *performance* delle aziende o nelle economie di scala e che il semplice *merging* in sé non è condizione né necessaria né sufficiente per realizzare una maggiore integrazione dell’assistenza sanitaria.

Sembra piuttosto che l’effetto più rilevante sia l’evidenziarsi di una maggiore “distanza” tra il vertice strategico e le linee operative con l’aumento dei costi direttamente imputabili all’integrazione: procedere in un processo di accorpamento non significa esclusivamente assumere una decisione di politica sanitaria da perpetrarsi “a freddo”, a costo zero e con ricadute immediate ma richiede un accompagnamento culturale e tecnico, promuovibile in varie forme e non necessariamente di lungo periodo.

Ad esempio, mediante modelli organizzativi con la creazione di reti di assistenza (*provider-network*) che lavorano insieme per fornire alta qualità e ridurre la frammentazione delle risposte, sviluppo di piani assistenziali personalizzati, funzione di *case-management*, *disease-management* da attribuire a figure qualificate ed appassionate che operano con saggezza ed attenzione, team multi-professionale e interprofessionale, altro [**M. Mariani et al**, **Università Cattolica del Sacro Cuore**, (*tratto da Saluteinternazionale.info*)].

Altro spunto segnalato nel corso degli anni sulla materia è stata l’evidente percezione della perdita dell’identità aziendale che era avvertita dal personale, sperabilmente non solo nel momento in cui è avvenuta la fusione, che è “tradotta” nella minaccia di possibili perdite di eccellenze o semplicemente di buone pratiche.

Sovente le segnalazioni del personale intervistato si esprimono in tal senso sebbene, anche per queste analisi, aleggi il rischio che la fusione abbia di molto limitato alcuni privilegi acquisiti

con la precedente organizzazione e da essa garantiti, influenzando negativamente l'opinione ed il gradimento dei soggetti nel corso del sondaggio.

Non è certo questa la sede opportuna per suggerire valutazioni *ex-post* nei confronti di una scelta politica irreversibile, peraltro largamente fondata su presupposti razionali e condivisibili; tuttavia, sono proprio le dimensioni di cui si è fin qui parlato ad influenzare e determinare fortemente la politica degli acquisti.

Se però tali riflessioni riusciranno nell'intento di stimolare l'applicazione di pur contenuti aggiustamenti operativi nelle tradizionali attività di approvvigionamento delle **maxi-Asl** e migliorare così il quadro complessivo, perché non approfittare della recente revisione dei LEA che, in pratica ridisegna l'intera offerta sanitaria italiana, per apportare quei correttivi per avviare una "stagione" che vuole proporre un robusto cambiamento?

Ad esempio, il rischio effettivo è che privilegiando una visione d'insieme molto ampia si tenda a marginalizzare le piccole realtà sacrificando le migliori esperienze costruite *ad hoc* per "funzionare" in quel particolare contesto; l'altro timore è che l'aumento dei tempi di risoluzione dei problemi interni che normalmente si presentano a causa dell'allontanarsi della dirigenza aziendale dalle controversie sia una condizione tale da provocare l'intasamento, determinare uno stallo burocratico che si ripercuote nella pratica quotidiana dell'assistenza perché viene vissuto come "prevalenza" dell'azienda nelle sue logiche burocratico-amministrative piuttosto che in quelle funzionali.

Sullo sfondo e per quanto riguarda gli aspetti e gli interessi economici che sono la *ratio* alla base delle fusioni, c'è il rischio che gli investimenti su "cose e persone" si spostino privilegiando maggiormente le realtà più grandi a scapito di quelle più piccole nonostante ci si impegni per perseguire l'integrazione, ad esempio, nelle cosiddette Aree vaste.

Si riportano nelle pagine seguenti talune riflessioni e valutazioni personali a riguardo di possibili variazioni nell'assetto organizzativo e nei meccanismi di funzionamento e

collaborazione interni alle Asl che, per unanime consenso, sono considerate propedeutiche per affrontare con migliori prospettive le caratteristiche del mercato degli ausili. Beninteso, se tali misure che non rappresentano in assoluto una novità sono già adottate e rappresentano una pratica corrente, i ragionamenti saranno del tutto pleonastici.

Coordinamento delle attività distrettuali - E' il distretto a svolgere le funzioni disciplinate dal d.lgs. 229/1999, artt. 3 *quater*, *quinquies* e *sexies*, individuato come articolazione territoriale della Asl che assicura alla popolazione di riferimento l'accesso ai servizi, alle prestazioni sanitarie e sociali ad elevata integrazione sanitaria con il non trascurabile vantaggio di essere una struttura dotata di autonomia tecnica, gestionale ed economico-finanziaria, soggetta a rendicontazione analitica con contabilità separata all'interno del bilancio aziendale.

Il mandato è assolto sia attraverso la valutazione dei bisogni e la definizione dei servizi necessari, sia mediante l'erogazione di prestazioni e servizi di primo livello tra cui, oltre all'assistenza protesica, ve ne sono altre forme che complessivamente rappresentano il livello territoriale (*specialistica ambulatoriale, anziani e disabili, ADI, cura delle tossicodipendenze, la salute della donna, dell'infanzia e della famiglia, ecc.*).

Lo strumento di programmazione del distretto resta identificato nel **Programma delle attività territoriali (PAT – art. 3-quater, comma 2, d.lgs. 30 dicembre 1992, n. 502 e s. m. e i.)** approvato dal Direttore generale su proposta del Direttore del distretto ed acquisito il parere del Comitato dei Sindaci, basato sul principio dell'intersettorialità degli interventi e con cui sono localizzati i servizi ed allocate le risorse.

Al distretto viene stabilmente attribuito un ruolo strategico nel sistema assistenziale italiano a configurare una copertura territoriale virtuosa, capace di cogliere le istanze e di tradurle in risposte per le necessità di salute, garantire i diritti della popolazione che si integri con le altre competenze istituzionali e dove si sviluppi la sinergia con i medici di famiglia e la collaborazione con le organizzazioni del volontariato costantemente impegnate nell'opera di insostituibile affiancamento a sostegno alle persone.

Per quanto ogni pronunzia, documento o ricerca ne esalti il ruolo come primo riferimento per la fruizione dei servizi territoriali dell'Asl e ne riconosca la centralità, frequenti sono state le segnalazioni pervenute al Ministero della salute, costantemente incentrate su criticità operative e organizzative ben evidenti in cui le differenze di valutazione e di comportamento nell'erogazione dell'assistenza protesica sono così marcate perché si possano considerare situazioni isolate e sporadiche.

E' appena il caso di ricordare che tali incertezze non favoriscono certo il mantenimento del necessario rapporto di fiducia tra gli assistiti e le istituzioni sanitarie cui spetta il compito oltre all'organizzazione delle attività e delle prestazioni previste, di offrire la disponibilità all'ascolto e la tempestività delle risposte.

Del resto, l'aumentata consapevolezza derivante dalla diffusione degli strumenti di informazione e dalla definitiva affermazione della multimedialità e dell'utilizzo della rete ha reso i cittadini più sensibili nel cogliere problemi, ritardi e limiti nell'esigibilità dei propri diritti, pronti a scambiare esperienze con altri utenti e, soprattutto, a segnalare disagi e chieder conto delle differenze nell'erogazione di molti ausili tra i distretti che, pur in sedi e collocazioni distinte, sono correttamente percepiti dall'utenza come parti di un tutto.

Quando il distretto cesserà di rappresentare per gli assistiti esclusivamente una sede ed un indirizzo in cui sono ubicate le Direzioni e gli uffici dove si organizzano incontri, si redigono atti e si assumono decisioni pensando di governare piuttosto che amministrare, più facilmente si diffonderanno gli elementi di novità che pure si percepiscono in tante realtà territoriali dove le nuove **conoscenze** sono state vissute come concreti stimoli per accrescere le **capacità** degli operatori.

Le **conoscenze** dei modelli più recenti centrati sull'inclusione sostenibile e sul sostegno alla vulnerabilità e alle condizioni di difficoltà e disagio sono la spinta per invertire la tendenza e progettare contesti con barriere architettoniche, amministrative e culturali finalmente ridotte.

Le **capacità** di condurre analisi e valutazioni di fonti bibliografiche e della letteratura scientifica riguardo l'indipendenza delle persone con disabilità, di messa a punto e

realizzazione di verifiche sull'efficacia delle forniture, del potenziamento di atteggiamenti che riducano gli stereotipi, costruiscano percorsi riabilitativi e partecipativi tesi all'accessibilità e alla non discriminazione.

E' pertanto indifferibile superare l'inerzia organizzativa attribuita indistintamente a tali strutture: se i suggerimenti che seguono saranno applicati con convinzione e disciplina potranno rappresentare utili strumenti di riassetto.

Confronto stabile e programmazione - L'attivazione di un costante confronto tra i responsabili dei distretti è operazione propedeutica ad ogni riorganizzazione: gli strumenti di valutazione, analisi e vaglio delle prescrizioni dei dispositivi devono essere disponibili e circolare liberamente tra gli addetti ai lavori pur nel rispetto delle norme sulla *privacy*.

L'orientamento semplice ma innovativo potrebbe non richiedere un'immediata formalizzazione come la circolazione di comunicazioni interne o unificando la modulistica usata; nemmeno fissare un calendario di periodiche riunioni del personale addetto sarebbe in grado di contrastare l'insufficiente attitudine al dialogo perché se manca la spinta verso una reale iniziativa di cambiamento, l'introduzione di una nuova abitudine e di un nuovo impegno non è sufficiente a modificare il consueto *modus-operandi*.

Cambiamento non è infatti sinonimo di miglioramento né assicura un effettivo progresso organizzativo: attuarlo, tuttavia, supera la propensione a rimanere vincolati a procedure più simili a rituali e a stanche abitudini professionali poco adatte ad incidere proprio sulle necessità di quelle persone che presentano più elevati tassi di vulnerabilità.

Nella sanità italiana è molto radicata l'attitudine a lavorare con approccio individualistico e non è facile introdurre elementi di collaborazione suggerendo di operare al di là delle proprie opinioni e dei convincimenti acquisiti.

Viceversa a livello internazionale, il mondo sanitario è sempre più aperto, s'interroga all'interno di una cultura senza barriere e confini; il ruolo dell'esperienza quotidiana del singolo operatore aggiunta al percorso di studio e formazione cede inesorabilmente il passo ad

una dimensione che sa includere, avendone verificata efficacia e sostenibilità, molte delle novità e dei progressi registrati negli ultimi anni dalla ricerca applicata, specie in riabilitazione.

Rinunciare alla visione della medicina praticata da individui sostituendola gradatamente con un approccio multi-professionale e inter-disciplinare, superare eccessive diffidenze, contrastare la resistenza all'introduzione di meccanismi di controllo esterni al proprio operato costituisce un'indispensabile opportunità non più differibile.

Il cosiddetto "contesto inclusivo" è capace di attivare condivisioni, valorizzare le specificità e capitalizzare le eterogeneità presenti nei diversi contesti territoriali e sociali: come si è visto, in riabilitazione è strategica l'interazione tra le strutture/enti/risorse nazionali e locali, i soggetti del terzo settore, i sentimenti di solidarietà delle persone e l'autodeterminazione degli assistiti per favorirne la maggiore partecipazione, inclusione e assicurarne i vantaggi concreti attesi da loro e dalle loro famiglie.

lo spazio dei comportamenti non esigibili per legge (Lord Moulton) matematico, avvocato e giudice inglese

John Fletcher Moulton di Cambridge (1844-1921) matematico, avvocato e giudice inglese, teorizzò che la correttezza, la profondità di pensiero e la condivisione rappresentano **lo spazio dei comportamenti non esigibili per legge** ma che, non per questo motivo, dovevano essere trascurati.

La condivisione di una regola significa decidere insieme l'opportunità di adottare uno specifico comportamento invece di altri perché quel comportamento è largamente condiviso da coloro che lo dovranno osservare e far osservare: così, il processo di determinazione non può prescindere dal coinvolgere gli attori dell'organizzazione che adottano quella regola.

Non tarderebbe a manifestarsi il reciproco sostegno tra i professionisti coinvolti, indotti a discutere delle reciproche esperienze con franchezza, sollevando dubbi, stimolando discussioni e, nei casi più impegnativi dal punto di vista assistenziale, proponendo l'esame retrospettivo che analizzi i criteri di giudizio, le risposte prodotte ed i risultati conseguiti.

Spesso gli specialisti cadono nella presunzione di **sapere a priori** cosa serve all'utente ma se, al primo impatto tra tecnologia e persone, a costoro non appare chiaro cosa aspettarsi, è più difficile che nutrano la fiducia nel miglioramento e partecipino al recupero ed alla rinnovata partecipazione con maggiori energie; se per loro ogni cosa rappresenta una novità a cui non è preparato, non è possibile contribuire a costruirgli intorno un futuro differente che includa l'uso dell'ausilio.

E' noto che nella scelta dell'ausilio concorrono molti fattori: deve esserci un lavoro di *équipe* in cui l'assistito mette a frutto le conoscenze e le competenze dei professionisti attorno a lui per soddisfare le sue necessità di salute, motorie, comunicative, sociali ed estetiche.

Così operando, tra gli altri vantaggi, si potrà stilare una sorta di atlante ragionato ed aggiornato con una "mappa" dell'area di riferimento per la composizione dell'utenza e l'espressione delle corrispondenti esigenze riabilitative ed assistenziali e contestualmente, rilevare con maggiore precisione la generale tendenza prescrittiva ascrivibile agli specialisti del territorio e l'orientamento di quelli che, pur operando in altri contesti, hanno rilasciato le prescrizioni agli assistiti residenti.

Sarà poi indispensabile padroneggiare i vecchi e i nuovi strumenti legislativi, conoscere le regole amministrative e tecniche della trasparenza, del controllo e della verifica assieme alle modalità più efficaci per stabilire le opportune reti di relazioni e di collaborazione.

Non appare così incredibile immaginare un giorno che tra i componenti del team si inseriscano anche i responsabili amministrativi in grado di individuare la strategie di approvvigionamento più favorevoli.

Senza contare, infine, che la multimedialità e la diffusione dei *social* hanno già formato ed ampiamente attivato "sentinelle" dell'inclusione in grado sia di individuare le discriminazioni sia di mettere in evidenza le buone pratiche e collaborare attivamente a costruirne di nuove.

Dotazione degli uffici

Da una sommaria indagine effettuata con il contributo volontario di alcune Asl italiane è emerso il preoccupante dato dell'insufficiente livello organizzativo degli uffici preposti all'assistenza protesica: sono segnalati limitati investimenti in attrezzature informatiche e risorse tecnologiche, la dotazione di personale è sottostimata rispetto alle esigenze, il *turn-over* non garantito e la formazione degli addetti poggia su iniziative sporadiche, personali e volontarie.

Un primo intervento da suggerire è condurre una ricognizione che coinvolga tutti i distretti in termini di tecnologia a disposizione (*attrezzature informatiche, disponibilità di locali e relativo lay-out*) e di personale (*corredato di qualifica, anzianità di servizio e specifica esperienze nel settore*) con i seguenti obiettivi:

- (1) verificare l'opzione che un distretto possa assumere la *leadership* nell'erogazione dell'assistenza protesica e condividere tale decisione con le relative Direzioni,
- (2) attivare i meccanismi per l'espletamento di procedure di gara associate, strutturate in modo da rispondere ad esigenze sovra-distrettuali per gli ausili caratterizzati da basso contenuto tecnologico mediante il coinvolgimento di una centrale di acquisto se presente nella Regione o nel territorio di riferimento,
- (3) costruire un codice di comportamento interno ed una documentazione comuni (*moduli, richieste, tempi, procedure, ecc.*) per ridurre la conflittualità dei rapporti con gli utenti e con alcune persone "difficili" che nasce subito al momento della presentazione della prescrizione,
- (4) uniformare i percorsi amministrativi in modo che gli assistiti conoscano in anticipo i passi da compiere è sicuramente un efficace primo passo verso il cambiamento,
- (5) procurarsi (*se non c'è*) e far circolare (*se disponibile*) la documentazione necessaria ad incrementare la conoscenza dei prodotti e stimolare una specifica attitudine a trattare con i soggetti economici del mercato degli ausili (*cataloghi, brochure, listini, pubblicazioni, testi divulgativi, materiale in circolazione, accessi a siti Internet di aziende, di associazioni, di società scientifiche e professionali, riviste on-line, ecc.*) perché più elementi sono disponibili e

chiaramente messi a fuoco, più proficuo e costruttivo si delinea il rapporto con le imprese, ma anche con gli specialisti prescriventi e gli assistiti che attendono le forniture,

(5) se un distretto ha già provveduto ad informatizzare anche solo una parte dell'archivio cartaceo delle prescrizioni e delle autorizzazioni rilasciate si può pensare alla creazione di un *data-base* esteso all'intera utenza dell'Asl facilitando la circolazione di informazioni rilevanti dal punto di vista amministrativo (*prima richiesta, rinnovi, manutenzione e sostituzioni, segnalazioni, ecc.*) pur rispettando la *privacy* degli utenti,

(6) si ribadisce l'importanza strategica della creazione, alimentazione e manutenzione dell'elenco dei fornitori che contenga, descritti con chiarezza, i criteri ed i parametri per l'aggiornamento dei soggetti economici ivi registrati (*inclusione, esclusione, modifica della ragione sociale, trasferimento, apertura di nuove sedi*) e che l'impegno sia formalizzato da un provvedimento della Direzione per l'uso in occasione dell'indizione degli strumenti di acquisto previsti dal Codice dei contratti.

L'obiettivo dichiarato è quello di raggiungere il più rapidamente possibile comportamenti omogenei e di rendere uniformi o con differenze ragionevolmente contenute le risposte agli utenti senza tralasciare:

- 1) il rispetto dei tempi di attesa della disciplina per consegnare o far ritirare le forniture autorizzate la cui frequente "dilatazione" non deve considerarsi un'inevitabile condizione cui assoggettarsi inducendo nei responsabili un'eccessiva rassegnazione;
- 2) di autorizzare le prescrizioni ritenute congrue e di respingere le altre fornendo però, di volta in volta, solide argomentazioni in base alle disposizioni normative;
- 3) di contrastare il pensiero diffuso che molte forniture sono fortemente influenzate dalla disponibilità finanziaria del momento e che da queste dipendano;
- 4) di evitare appesantimenti con prassi e vincoli di natura formale non richiesti come fornire un preventivo di spesa che non ha alcun supporto normativo, oltre tutto incaricando l'assistito o un congiunto della presentazione o sollecitare la conferma della diagnosi per persone con patologie e condizioni palesemente irreversibili (*ad esempio, i soggetti amputati*);

- 5) di superare individualismi e personalismi nelle valutazioni e nelle decisioni perché **anche alla più indiscussa competenza in materia può essere di conforto un ulteriore parere;**
- 6) di governare le inevitabili resistenze che ogni novità comporta combattendo le posizioni dominanti se sono presenti;
- 7) di affrontare e vincere il timore degli assistiti che il nuovo assetto comporti riduzioni del sistema di garanzie e induca razionamenti nelle erogazioni future.

La Direzione strategica e gli ausili - Qualsiasi analisi retrospettiva dimostra che gli acquisti di ausili e dispositivi sono caratterizzati da risposte frammentarie, spesso emergenziali e che la corrispondente spesa è molto differenziata tra le diverse Regioni con andamenti non assoggettabili ad una comune tendenza.

Si va dalla distribuzione diretta attraverso le strutture delle Asl con l'evidente limite di una eccessiva concentrazione dei punti di distribuzione che comporta un fattuale aggravio dei costi di gestione e la limitazione delle opportunità per gli assistiti ad un servizio gestito tramite le farmacie private convenzionate per i dispositivi monouso che migliora la fruibilità del servizio per gli utenti ma lascia spesso dubbi sulla convenienza dell'operazione, passando per la gestione attraverso rimborsi a prezzi fissi da riconoscere agli esercizi commerciali di articoli sanitari e/o direttamente alle aziende ortopediche in base al tariffario del DM 332/99 o, in alternativa, a specifici tariffari regionali.

Da ultimo, gare e procedimenti con capitolati incerti e pasticciati, esperite senza alcuna connessione con le prescrizioni, con un unico aggiudicatario, senza l'opzione di disporre di varianti e blocco per periodi di tempo da due a quattro anni, salvo proroghe.

Sono procedure discontinue, non organiche, che disperdono energie, esposte a rinnovi non necessari, acquisti a privativa e procedure negoziate. In alcuni casi, limitati ma non sporadici né eccezionali, è segnalato che la fornitura all'assistito è garantita in forza dell'adozione di un provvedimento *ad-personam* assunto dalle direzioni delle Asl per scongiurare l'instaurarsi di un contenzioso giudiziario con l'utente.

Uno studio della Comunità Europea del 2011 dimostra che il costo del processo di aggiudicazione rappresenta una percentuale piuttosto elevata del valore di un appalto, in modo particolare per quelli di importo più contenuto: il costo totale può incidere sul valore dell'appalto dal **6 a 9%** del valore per gli **acquisti comunitari** fino ad incidenze del **18-29%** per quelli di **importo minore**.

Si consideri inoltre che i costi di partecipazione non incidono direttamente solo sulle stazioni appaltanti ma anche sui costi di impresa per quanto tali oneri saranno comunque ribaltati sui prezzi offerti per cui alla fine è sempre il committente pubblico che ne paga le spese.

Nel medesimo studio è di grande interesse il confronto di alcuni numeri sul costo dei processi: una procedura aperta costa all'amministrazione italiana circa **5.100 €** mentre il valore medio nell'**Unione europea** è circa **3.500 €**.

Nell'UE, il numero di partecipanti ad una gara aperta è in media di **6,4** per un costo complessivo dell'intera procedura che ammonta a circa **28.000 €**; in Italia, viceversa, il costo per le amministrazioni è stimato circa il doppio: l'intero procedimento si stima costi circa **48.500 €** sebbene con un numero di partecipanti leggermente inferiore alla media europea.

Per esprimere una sorta di indicatore indiretto di efficienza dell'azione amministrativa, in termini di giorni/uomo impiegati per ciascuna procedura, l'Italia con un valore di 43 si colloca al terzultimo posto in UE (*prima di Cipro e Bulgaria*); comparativamente, tale valore in Germania è fissato a 18, in Francia a 16 e in Spagna a 25.

E' stato infine calcolato che il solo allineamento ai valori medi europei comporterebbe un risparmio sui costi sostenuti di circa il 30-40%; per l'intero sistema, i risparmi sul totale del transato ammonterebbero ad un valore compreso tra il 2 ed il 3% pari, in valore assoluto, a circa 1-1,5 miliardi di euro annui e, nel solo settore della sanità, l'incidenza pesa per poco meno di 500 milioni di € circa.

Si vuole qui rimarcare la delicatezza della questione fornendo alcune raccomandazioni senza leggersi l'intenzione di esprimere valutazioni nel merito o critiche per le scelte adottate,

discutibili fin che si vuole, ma rientranti nelle prerogative di autonomia gestionale ed organizzativa dei livelli locali.

Tuttavia, in presenza di evidenti distorsioni nel meccanismo delle forniture è opportuno orientarsi verso un modello operativo più coerente che sappia coinvolgere il livello decisionale e di responsabilità più alto, chiamato ad assumere una posizione più netta sulla questione.

Intanto, non è facile verificare che i costi del settore non rappresentano una voce di spesa rilevante in valore assoluto ma anche se paragonati ad altre forme di assistenza: nonostante ciò i costi connessi all'organizzazione delle gare indette nelle forme tradizionali ed applicate per acquisire altri fattori produttivi aziendali, nel settore dell'assistenza protesica non sono in grado di produrre risultati efficienti.

Peraltro, scaturisce da un'osservazione appena più approfondita delle realtà organizzative sanitarie italiane come **le scelte d'investimento e di consumo appaiono influenzate dalle sole informazioni che gli operatori ricevono dal fornitore e non è certo una situazione favorevole quando si parla di acquisti.**

Occorre in prima approssimazione, **prima** fissare e **dopo** rispettare un confine netto tra gli ausili acquistabili con procedure aggregate **ma ben fatte** perché sia la ripetitività delle richieste sia le economie di scala che si producono consentono di realizzare robusti risparmi di processo, di costi indiretti ed attivare sistemi di osservazione e di controllo della spesa liberando nel contempo energie e risorse da reinvestire per l'indizione di acquisti finalizzati e mirati alle tecnologie non standardizzabili.

Per gli ausili la cui configurazione e personalizzazione ricopre un ruolo persino prevalente rispetto alla natura, qualità e sicurezza del prodotto non è possibile operare se non con acquisti frammentati che partono, come del resto i tempi della norma impongono, dalla prescrizione specialistica: a ben vedere, nei pur discussi Codici non mancano strumenti e metodi adatti a ciò.

In linea di massima, il compratore esercita una sorta di "dominio" che varia da un livello relativamente modesto fino al completo controllo nel mercato dei prodotti tradizionali o cosiddetti maturi a causa di un'offerta altamente concorrenziale.

Tuttavia una posizione così vantaggiosa diventa meno rilevante e si affievolisce quando si considerano produzioni innovative, specializzate o ad alta personalizzazione tanto più in un contesto molto dinamico e di alto valore sociale come per gli ausili per comunicazione, informazione e controllo ambientale dove le condizioni di vita dei destinatari inducono la solidarietà e la viva partecipazione degli operatori con un atteggiamento tendenzialmente favorevole all'autorizzazione e sviluppano una componente emozionale non di rado distorcente quando è invece richiesta la verifica serena delle necessità funzionali e la valutazione delle esigenze assistenziali.

In particolare, il committente (specialisti, *team* e le stesse Asl) non manifestano una conoscenza né esaustiva né sufficiente del mercato in base a rilevazioni, analisi e solide ricerche. Anzi, l'insufficiente interazione tra i committenti e gli utilizzatori non garantisce spazi, modi e tempi adeguati per sostenere i confronti con produttori e con i venditori che, da parte loro, preferiscono puntare sul *by-pass* del rapporto diretto con gli utenti.

Si raccomanda alle Asl la ricerca di un'autentica *partnership* con il mercato basata sullo scambio di qualità e convenienze da un lato, di fiducia e remunerazione adeguata dall'altro più che un rapporto, singolo o ripetuto che sia, ma che si esaurisce solo nel **formale adempimento commerciale dell'acquisto**.

Gli interventi che le Asl potrebbero (*o dovrebbero*) prendere in considerazione per collocarsi in una posizione più favorevole rispetto al mercato possono sintetizzarsi in:

- ✓ utilizzare con fiducia gli elenchi allegati al dPCM del 2017 relativi agli ausili di produzione industriale e le corrispondenti descrizioni funzionali come occasione per sviluppare sinergie operative e un "patto collaborativo" tra differenti competenze contando su una sostenibilità economico-finanziaria non emergenziale ma stabile e costante;
- ✓ *re-engineering* dei processi scegliendo liberamente modelli e strumenti di acquisto considerati più adatti alle caratteristiche del territorio e della collettività;
- ✓ rivisitare le pratiche degli appalti nel settore, evitare il frazionamento artificioso delle forniture, rinunciare all'abuso di proroghe e rinnovi, costituire lotti di acquisto

funzionali, adottare nell'espletamento delle gare criteri di confronto realistici, oggettivi e misurabili;

- ✓ evitare che la conoscenza degli ausili dipenda esclusivamente dalle informazioni passivamente 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 nelle erogazioni, vigilare sulle frequenti deroghe alle norme attuate in modo più o meno inconsapevole o tacito dagli uffici;
- ✓ coinvolgere i componenti degli staff per assicurare consenso, motivazione e spinta al cambiamento, recuperare i margini di efficienza (*performance-measurement*) attraverso la gestione snella e razionale dei singoli "passaggi".

Gli ausili cosiddetti tradizionali possono essere assimilati a beni di largo consumo senza incorrere in pericolosi *bias* mentre quelli a più alto tasso d'innovazione **assolutamente no**.

La differenza dipende da molti fattori: può trattarsi di tecnologie anche semplici ma che rispondono a necessità sanitarie complesse, ad esigenze delicate non immediatamente intercettabili e con un adattamento tecnologia-persona non facilmente prevedibile in cui il funzionamento, l'utilizzazione ed il contesto professionale che lo raccomanda, l'avvia e lo gestisce **deve essere qualificato**.

Standardizzare in queste circostanze comporta il rischio di abbassare il livello di qualità delle prestazioni offerte che, ci si augura con franchezza, nessuno voglia correre. In queste condizioni, gli scambi devono comportare particolari condizioni contrattuali che sappiano includere:

1. La presenza di interlocutori competenti che suggeriscono strategie di acquisto e un buon bilanciamento tra l'innovazione ed il contenimento della spesa;
2. Le esigenze di manutenzione degli apparecchi/strumenti emergano in rapporto al volume delle prestazioni da erogare, ai tassi di utilizzazione degli ausili che ne traccino una durata prevedibile;

3. Sia garantita l'assoluta indipendenza dei responsabili degli uffici e dei funzionari preposti dalle imprese con cui si rapportano;
4. L'assistenza tecnica connessa all'addestramento degli operatori ed all'impiego delle tecnologie differenti in riferimento agli ambienti di lavoro, che i tempi di rinnovo non siano uniformi per tutti gli utilizzatori né per tutti i dispositivi in misura uguale;
5. Riconoscere che le preferenze ed il rispetto del valore dell'intervento professionale di chi, redigendo la prescrizione nei limiti sanciti dalle norme, deve influenzare i parametri selettivi della qualità di ciò che dovrà essere acquistato e fornito.

In altre parole, **attenzione** nell'attribuire le priorità assegnando il giusto valore ai beni da acquistare: non si può né **comprare all'ingrosso** né metaforicamente **“fare di tutte le erbe un fascio”** forzando l'uso di norme per gli acquisti non adatte alle caratteristiche degli ausili.

Dal punto di vista delle spese correlate, infine, è davvero paradossale porre in essere una particolare attenzione verso questa nicchia di mercato i cui volumi movimentati ed i costi sono relativamente modesti, sostanzialmente stabili e certo meno impegnativi rispetto ad altri capitoli di spesa sistematicamente eccedenti rispetto alle previsioni di bilancio.

Poiché l'assunto di base è che il finanziamento del sistema sanitario e, in certa misura, il rinnovo della sua organizzazione hanno senso solo se finalizzati alle reali esigenze dei cittadini (**M. Crivellini, Analisi ed organizzazione dei sistemi sanitari, Politecnico Milano**), su quelle riferite alle persone con tali gravissime forme di disabilità e al loro diritto di partecipazione alla vita attiva è **davvero avventuroso se non francamente incredibile discuterne l'effettiva necessità.**

Gli elementi chiave che “consegnano” 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? **Come raggiungere un maggior equilibrio tra la prescrizione e le forniture?**

Intanto, la separazione così netta dei due momenti fu pensata per l'organizzazione di circa 30 anni fa (*il primo decreto organico sulla materia è datato 1980*) e non ha giovato: di solito nella

gestione pratica dell'offerta di altre prestazioni ed attività sanitarie si ragiona e si opera contestualmente su cosa occorre e su come riuscire a procurarlo a tutto vantaggio degli utenti.

Qui la separazione e la mancanza di dialogo ha generato un clima di sospetto e di sfiducia tra il mondo sanitario e quello amministrativo che operano all'interno di contesti distinti, con logiche differenti e dinamiche inconciliabili, con sporadici contatti e comunicazioni difficoltose, sovente impegnati in una sorta di perenne contesa, una sfida di poteri che mina la credibilità dell'istituzione.

Per i *team* specialistici è fondamentale **impegnarsi ad ottenere** la tipologia individuata e **sostenere le ragioni** rilevate, accertate e certificate confrontandosi, forse scontrandosi con le componenti amministrativo-dirigenziali per riaffermare la giustezza del proprio intervento professionale ed umano; occorre interagire con i responsabili degli acquisti e con i fornitori senza affievolire la tensione positiva che negli ultimi anni ha così fortemente migliorato la riabilitazione, **senza prendere ordini e senza pretendere di darne**.

E' naturale che non dovranno sottovalutarsi i costi correlati a questa come ad altre attività in cui la decisione di investire per fornire tecnologie innovative significa distoglierle dal raggiungimento di altri obiettivi secondo il classico schema:

adozione di tecnologie innovative > diversa organizzazione > nuovi percorsi >

formazione e addestramento del personale

Acquistare una tecnologia che in futuro non si rivelerà efficace come ipotizzato comporta un evidente **dispendio di risorse**; **non acquistare** una tecnologia che in futuro si rivelerà utile produce un **ingiustificato ritardo nell'adeguamento tecnologico**, minori tutele per i destinatari e, in definitiva, "perdita" di salute.

Sia chiaro, raramente in sanità le scelte sono così comodamente polarizzate perché le possibilità di investire sono molteplici e in forte competizione tra loro al punto che persino gli esiti di due investimenti all'apparenza alternativi o due prestazioni sovrapponibili possono presentare differenze non contenute quando le si valuta con gli strumenti corretti.

Adottare o meno l'innovazione scaturisce da un processo valutativo **locale** in relazione a specifiche istanze e sollecitazioni grazie alla maturità organizzativa e attitudine alla buona gestione, ma non si può prescindere dall'intervento di risorse intellettuali **esterne** al proprio contesto di riferimento per la ricerca di modelli utili e per il consolidamento delle conoscenze.

L'opinione che si fa strada ad incrinare l'immobilismo degli ultimi anni è quindi il ricorso ad una politica di acquisto degli ausili che si può definire di “**destrutturazione**”: un minor numero di gare ad evidenza pubblica per grandi quantitativi ma che includono numerose categorie di ausili e i dispositivi monouso affiancate da un numero contenuto ma necessario di procedimenti per l'acquisto di piccoli quantitativi di prodotti come conseguenza diretta di prescrizioni e richieste dei *team* riabilitativi peraltro limitati a classi ben distinte di dispositivi, o per uno solo o per pochi destinatari.

Non è affatto vero che le politiche nazionali **obbligano** alla riduzione delle procedure specie se queste comportano i cattivi risultati fin qui analizzati: l'indirizzo che emerge dalle ultime rilevazioni spinge verso la frammentazione **ragionata e competente dei procedimenti** come la risposta più razionale per “interpretare” le prescrizioni specialistiche, presupposto base dell'assistenza protesica.

L'accoglienza cauta, quando non palesemente fredda, degli operatori locali e dei funzionari delle stazioni appaltanti si può spiegare facilmente perché una condizione del genere comporterà per essi adattamenti procedurali e non poche trasformazioni nelle abitudini professionali e nei consueti ritmi di lavoro.

Per onestà intellettuale non si può escludere un'iniziale leggero incremento della spesa per via della necessaria ricerca dell'equilibrio con le aziende e il mercato degli ausili elettronici e informatici benché la corretta adozione di tali opzioni nel medio termine avrà effetti di contenimento sulle spese imputate esclusivamente ad atteggiamenti assistenzialistici e concessivi che, opportunamente ridimensionate, porteranno la spesa verso un sostanziale equilibrio.

L'operazione preliminare è istituire una **commissione multidisciplinare**: specialisti prescriventi, soggetti autorizzatori (*medici ed amministrativi*), tecnici abilitati, utenti per individuare collegialmente gli ausili per cui è possibile ricorrere agli acquisti attraverso le centrali di acquisto (*art.1 , comma 457 della legge 27 dicembre 2006, n.296 «finanziaria 2007»*) e contemporaneamente rediga un elenco ragionato di quelli non standardizzabili che, per loro caratteristica, sono destinati ad una utenza in condizioni da gravi a gravissime e dai numeri francamente contenuti.

Una decisione efficace parte dall'individuare e nominare un **referente specifico** che partecipi con continuità e costruisca uno stabile rapporto di collaborazione con le figure di riferimento della centrale di committenza operativa in Regione o con una Asl capofila per gli acquisti associati.

Poi, ciascuna Direzione strategica interessata eserciti una forte azione di sostegno per **creare** (*se manca*) o per **attribuire le funzioni** (*se presente*) di un **Centro Ausili** con competenze regionali o a livello provinciale/sovra-aziendale.

In base alla fondamentale definizione di R. Andrich, (**“Consigliare gli ausili”, R. Andrich, 1996**), **“centro ausili è un nucleo di competenza in grado di svolgere attività di divulgazione e di informazione nel settore degli ausili, nonché di dare un supporto professionale personalizzato alle persone disabili, ai loro familiari e agli operatori che li hanno in carico al momento di affrontare le prospettive di autonomia e/o di miglioramento della qualità di vita che possono beneficiare dell'uso degli ausili”**.

Sono operativi in molte Regioni gli osservatori regionali dedicati al settore della protesica: di solito, sono costituiti dalle società scientifiche, professionali, dalle Associazioni di assistiti e dal volontariato e si occupano del riesame delle procedure di prescrizione e del monitoraggio dei processi di fornitura.

Ma il centro ausili (CA) propone l'idea di un **luogo di competenze**, un laboratorio di intermediazione culturale che favorisce, da un lato, l'esplicitazione ulteriore delle esigenze dei destinatari prima della prescrizione, dall'altro, la fedele trasposizione delle necessità di

supporto per l'azione che gli ausili svolgono e che, già rilevati nella presa in carico della persona, sono l'indispensabile presupposto della prescrizione/richiesta.

I CA possono contribuire alla non facile fase di addestramento all'uso per superare la prima sensazione dell'ausilio estraneo alla persona, possono relazionare sugli esiti delle forniture e, infine, si sono distinti nella capacità di formare ed informare coloro che sono impegnati nel livello di assistenza.

E' opinione diffusa e condivisibile che l'attività di tali strutture, già sufficientemente distribuite nel territorio nazionale (*fa eccezione qualche Regione*), dovrebbe estendere il proprio raggio d'azione anche all'analisi di alcune procedure non in linea con le norme nazionali sostenendo le SA verso l'approntamento delle metodologie di acquisto più adeguate e funzionali al rapporto con il mercato e offrire la propria esperienza per esaminare e filtrare l'ingresso di fornitori privi delle garanzie di effettiva conoscenza del settore, che mostrano insufficiente attitudine al rapporto sia con le istituzioni sia con l'utenza da cui hanno intravisto concrete possibilità di ritorni economici.

Un altro aspetto rilevante per marcare discontinuità rispetto al recente passato è per le Direzioni mostrare più attenzione e spirito critico alle forme di organizzazione del lavoro nelle strutture amministrative a ciò preposte.

Accorpare, fondere, aggregare, unificare, centralizzare sono sicuramente le parole d'ordine delle ultime stagioni in sanità: per investire in servizi esclusivi per gli assistiti risparmiando sui costi del *management*, per salvaguardare unità specialistiche a garanzia di qualità ed innovazione, per supportare lo sviluppo delle aziende pubbliche in vista dell'introduzione di nuove tecnologie.

A tali motivi di indubbio valore, si potrebbero però aggiungere ragioni non ufficiali come, ad esempio, l'imposizione di nuovi regimi manageriali da parte delle Autorità locali o dalla politica nazionale anche tramite l'adozione dello *spoils-system*, la contrattazione della riduzione del *deficit* ereditato da precedenti amministrazioni, la risposta alle *lobby* di *stakeholders*, le prospettive di avanzamenti e di carriere degli *staff*.

Una buona definizione di organizzazione è “**riduttore di incertezze**”: coglierne il significato profondo stimolerebbe un vantaggioso cambio di rotta dei centri di responsabilità incaricati dei processi di approvvigionamento impiegati in automatico senza aver mai davvero riflettuto sull’applicazione di strategie alternative.

In questo campo, le decisioni amministrative da cui in larga misura dipendono le forniture appaiono paradossalmente assunte con minore incertezza rispetto alle decisioni politiche che pure forniscono le indicazioni d’indirizzo generale dell’intera struttura dell’Asl.

Le decisioni amministrative si affidano pressoché interamente al complesso delle norme vigenti, fermo per definizione, alle risorse disponibili dove si può immediatamente mutare atteggiamento decidendo di stanziare più risorse per le persone disabili, ai ruoli svolti all’interno della struttura da cui dipendono l’ampiezza del mandato, le competenze tradizionali o l’assunzione di altre funzioni, alla cultura organizzativa dominante nel contesto istituzionale preso in esame (*March & Olsen, 1989*).

In realtà, come in un gioco di specchi, le stesse decisioni politico/strategiche aziendali **influenzano** e per molti aspetti **limitano** il quadro all’interno del quale le decisioni amministrative vengono assunte (*Pfeiffer, 1981*).

Ne consegue che quest’ultime si assumono “**dentro le istituzioni e per mezzo delle istituzioni**” e i principi generali che ne disciplinano i comportamenti sono **efficienza, trasparenza ed equità** a cui tutti gli operatori dicono di ispirarsi.

Non si hanno elementi certi per ribattere all’evidente autoreferenzialità dell’affermazione ma la domanda da porsi è: siamo davvero sicuri che i valori enunciati su cui tutti concordano ed a cui **tutta l’azione pubblica dovrebbe costantemente ispirarsi** siano poi tradotti in efficaci meccanismi di funzionamento?

Tanto la rigidità delle gerarchie, la compartimentazione delle responsabilità e la divisione del lavoro tra gli uffici appaiono in ogni *review* pubblicata un coacervo di passaggi frammentati e disordinati il cui effetto è la creazione di vincoli nei quali i margini di discrezionalità degli

operatori e un certo spazio di manovra, auspicabile per la crescita culturale e operativa dei funzionari, appaiono ridotti o molto compressi.

Gli assetti dirigenziali degli ultimi anni sembrano “forzare” le situazioni più che condividere e sostenere le decisioni del *middle-management* come in realtà si era abituati a fare pur con i limiti delle realtà lavorative precedenti agli accorpamenti.

La novità delle fusioni è presentata in positivo come aumento dell'autonomia del ruolo dei professionisti chiamati ad esprimersi in merito ai piani d'innovazione ma determina suo malgrado la percezione del peggioramento nell'erogazione dei servizi a danno del paziente, una diffusa sensazione di distorsione tra le organizzazioni accorpate ed una condizione di “*under-management*” anche su elementari operazioni giornaliere con la conseguenza dell'accumulo di ritardi, ampiamente segnalati anche da ficcanti inchieste giornalistiche.

Non si trascuri la convinzione ascrivibile ai funzionari di essere divenuti elementi acquisiti da parte di una delle aziende accorpate: è dimostrato che la maggior parte dei dirigenti proviene da **una sola delle aziende costituenti** cui spetta la metaforica “parte del leone”.

Perché ogni cambiamento radicale possa dirsi autentico non deve riguardare solo strutture e luoghi, delibere ed atti, burocrazie e nomine, ma deve saper includere nei mutamenti persone in carne ed ossa ed essere supportato da una valida preparazione: in ogni caso, sarebbe ingenuo immaginare di ottenere risultati nel breve termine in considerazione del fatto che si effettua un'operazione cosiddetta di *long-learning*.

In più, le risposte delle Asl alle persone con disabilità in tema di forniture sono apparse spesso emergenziali indotte da sollecitazioni esterne all'amministrazione come stampa, associazionismo, Magistratura o altro ed hanno impedito alle Direzioni generali che hanno mostrato la sensibilità necessaria di adottare strategie di programmazione nel medio termine; certo, non le aiutano a tutelarsi dai comportamenti opportunistici, incoerenti o semplicemente inefficaci quando si è chiamati a dirimere una controversia con un cittadino.

E' la stessa Corte dei Conti che evidenzia nel corso di una recente audizione: “(...) *si intrecciano con sorprendente facilità veri e propri episodi di malaffare con aspetti di cattiva gestione, talvolta favoriti dalla carenza di sistemi di controllo (...)*”.

Quand'anche una pianificazione del settore non sia legittimata da una delibera dirigenziale, è comunque necessario prevedere il controllo del sistema acquisizione/erogazione in uso: più che una questione relativa a “**se un sistema di controllo debba essere realizzato**”, dalle esperienze sul campo, il problema si pone in termini di “**quale sistema di controllo debba essere adottato**” in modo che la “sensibilità” del metodo scelto faccia emergere le distorsioni e evidenzi gli squilibri con la chiarezza utile a porvi rimedio.

I risultati si possono conseguire agendo anche sulle spese fisse oltre che sulle variabili, di rendere più snelli i processi senza compromettere l'osservanza delle regole da applicare.

Da tempo la **Fiaso**, impegnata nell'azione di coordinamento dell'attività delle Asl italiane, propone di affiancare alla figura del Direttore generale organi di condivisione e di forte collegialità come *board* o Consigli di amministrazione purché siano agili e non pletorici per velocizzare i processi decisionali anziché rallentarli.

A farne parte potrebbero essere chiamati i professionisti e quel *middle-management* che da anni attende un'adeguata valorizzazione potendo rappresentare il futuro serbatoio a garanzia del ricambio generazionale ai vertici di Asl ed Aziende ospedaliere.

I “clienti” delle aziende sanitarie pubbliche sono gli assistiti e attendono l'efficienza nelle scelte e che le risposte siano rapide nel rispetto dell'auspicio dai più sostenuto che **sia il Servizio sanitario nazionale ad adattarsi finalmente alle esigenze dei cittadini e non il contrario.**

In proposito, è convinzione diffusa che il “**Lean Management**” (*), sviluppatosi nell'ambito di sperimentazioni private, rappresenti un modello valido anche per la futura gestione delle strutture sanitarie.

BOX di APPROFONDIMENTO – Lean-Management (gestione snella) è una metodologia di gestione aziendale che ha **dimostrato** di produrre miglioramenti oggettivi, qualitativi e quantitativi; comprende, tra le altre, tecniche di governo, controllo e sviluppo delle persone intese come il principale motore del miglioramento degli esiti.

È un modello di gestione umile, non arrogante, che osserva, incoraggia e impara dalle applicazioni: tutti devono essere coinvolti nei processi dai *top-management* passando per i dirigenti ed i funzionari responsabili fino agli operatori.

I principi guida sono: **(1)** il miglioramento continuo e progressivo di tutti i livelli, **(2)** la definizione del valore dal punto di vista del cliente finale, **(3)** la capacità di “distinguere” le attività che aggiungono valore per il cliente da quelle che ne sono prive “liberando” le risorse aziendali, **(4)** l’analisi dei singoli processi al fine di individuare i problemi (*nel caso che interessa, evidenziare gli sprechi*) e **(5)** l’ottenimento di una standardizzazione dei processi attraverso l’apprendimento continuo.

Alla base dei procedimenti, il **Lean-Thinking**: un vero e proprio modo di pensare, un processo di apprendimento continuo e miglioramento che interessa non solo gli strumenti ed i metodi ma anche la cultura aziendale, l’insieme delle regole e dei valori dell’azienda; si tratta di una vera e propria filosofia piuttosto che la semplice applicazione di una particolare tecnica.

La gestione snella comprende il sistema motivazionale, il sistema di formazione e il modo di allineare obiettivi e progetti.

Sarebbe certo innovativo prestare complessivamente minore attenzione solo agli aspetti formali che quasi mai garantiscono la qualità degli esiti poiché è facile dimostrare che non riescono ad ostacolare l’ingresso di prodotti di insufficiente qualità mentre qualche cauta apertura verso la concessione di maggiori discrezionalità agli operatori responsabili e competenti, **beninteso nell’imprescindibile osservanza delle norme in materia**, di solito comporta un naturale

ripensamento delle procedure, stimola la ricerca di soluzioni alternative e produce il miglioramento delle capacità di risposta per l'utenza.

Se pensiamo che il fine delle riforme in sanità deve essere migliorare la qualità delle cure quindi il benessere delle persone/utenti, come è possibile pensare di riuscirci senza "lavorare" anche sulle persone in quanto personale sanitario?

Sullo sfondo restano le domande e le preoccupazioni accresciute dalla delicatezza della materia:

- *Come far coesistere gli strumenti di acquisto a domanda non aggregata con quelli da attivarsi mediante i cosiddetti soggetti aggregatori che il legislatore **potrebbe** decidere di utilizzare anche per questo settore?*
- *La scelta di riservare spazi di autonomia a metodologie di acquisto in forma disaggregata e mirata è legittima perché "interpretano" meglio le prescrizioni specialistiche degli ausili per disabili, ma con quali strumenti e per quali categorie e prodotti?*
- *Vi è consapevolezza della costante evoluzione delle caratteristiche tecniche degli ausili, strumenti, apparecchi, programmi determinata dalla ricerca del mercato, dal miglioramento tecnologico e dalle specifiche modalità d'uso e che il loro uso, se sostituiti con altri prodotti, comporta inefficacia e sprechi?*
- *L'assetto organizzativo locale e regionale dell'assistenza protesica saprà far fronte all'introduzione di un cambiamento così intenso e repentino sapendone cogliere i vantaggi che hanno motivato l'impegno del Ministero della salute e gli sforzi delle Regioni nel proporre l'adozione?*
- *La governance e le Direzioni strategiche delle Asl riusciranno a mostrare la determinazione e la compattezza necessaria per strutturare un modello che, a regime, sarà capace di mediare tra efficacia ed efficienza per migliorare le forniture a tutto vantaggio degli assistiti?*

Da ultimo, se non si fa fatica a riconoscere un valore aggiunto etico e morale nelle forniture destinate alle persone con gravi disabilità, più in generale al mondo della fragilità e della

non-autosufficienza (*pur non immediatamente evidente, l'organizzazione del lavoro e l'articolazione dei servizi all'utenza è anch'essa una "tecnologia sanitaria"*), la **ricerca sociologica** e l'osservazione di alcuni gruppi che hanno creato autentici capolavori nelle scienze, nella ricerca, nell'arte e nel progresso, consente di affermare che per ciascuna esperienza analizzata alla base vi è anzitutto la **motivazione** dei componenti.

Ottenere risultati pari alle attese dell'utenza e in definitiva di sé stessi in ragione della soddisfazione e gratificazione cui ciascuno aspira indipendentemente dal ruolo e livello professionale, è largamente basato sulla motivazione, sull'entusiasmo, sulla cooperazione spontanea, sull'emulazione e curiosità umane.

In una società che va troppo di fretta e pretende risultati immediati, la motivazione aiuta a riscoprire la pazienza che non è sterile e comodo attendismo: si apprezzano la competenza e si procede attribuendo un ritmo naturale alle cose da cui dipendono i cambiamenti delle abitudini.

Esercitare una mentalità inclusiva per declinare in modo generativo le conoscenze e le capacità, in genere, riesce ad avviare progetti impensabili, generalmente definiti impossibili sebbene lo scrittore **Erri De Luca** ammonisca con saggezza che *"Impossibile è come gli esseri umani definiscono una cosa prima che accada"*.

La motivazione è *conditio-sine-qua-non*: da essa dipendono la tenacia e la coesione, la capacità di trasformare i vincoli in opportunità, i conflitti in stimoli, l'agonismo in collaborazione ma soprattutto coinvolge in egual misura i componenti di un gruppo, aiuta a non arrendersi davanti agli insuccessi e fuga la tentazione di preferire le scorciatoie della furbizia ai percorsi dell'intelligenza (**Domenico De Masi, TAG - Le parole del tempo; Rizzoli, 2015**).

Le oggettive condizioni della filiera protesica cui si è accennato nelle pagine precedenti, dalla prescrizione all'uso efficace che il destinatario farà dell'ausilio, sono sovraccaricati da passaggi articolati e complessità talvolta inutili che ostacolano l'individuazione e la scelta del dispositivo adatto.

E sono la testimonianza di una “sofferenza”, sotterranea e impotente, degli operatori pubblici e privati e dei loro collaboratori che impedisce di modificare l’atteggiamento delle persone con disabilità troppo prevenuto verso l’offerta sanitaria pubblica.

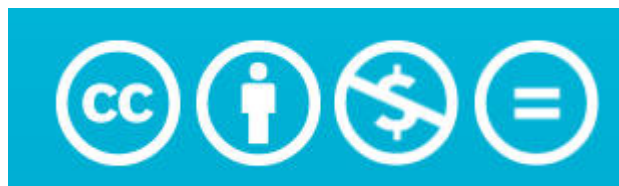
Per chi sceglie l’area della riabilitazione come professione, è un pesante vissuto verificare che gli strumenti che migliorano i trattamenti riabilitativi/assistenziali risultano **complicati** nella fase di pianificazione dell’offerta, **difficolto** nel completamento dell’iter bloccato da regole rigide e astratte e irto di ostacoli talvolta insormontabili e, infine, **improponibile** a realizzarsi in forme più snelle e moderne nel breve periodo.

Esprimere valutazioni affrettate sulla revisione e giudicarne i risultati a venire solo in base a posizioni preconcepite o ideologiche e senza alcuna valutazione di fattibilità espone i responsabili locali e regionali alla critica di un radicato immobilismo con un’opacità che potrebbe derivare da posizioni in qualche modo interessate alla resistenza.

La redazione del presente documento non intende stigmatizzare le responsabilità di singoli o di intere organizzazioni del lavoro e della attività: ciascun operatore si senta coinvolto nella misura che ritiene più adeguata e corretta e le Istituzioni citate reagiscano pure mostrando irritazione per provvedimenti che da lontano restringono le scelte e le attività dei livelli operativi accomunando involontariamente ma indistintamente i comportamenti virtuosi da quelli distorti.

Tuttavia, il rifiuto di impegnare sé stessi ed il proprio ruolo in alcune indifferibili riflessioni non aiuta ad immaginare come i cambiamenti possano davvero incidere meglio sulla gestione del settore.

Una celebre frase attribuita al filosofo Seneca ammonisce che: ***“Non è perché le cose sono difficili che non ci proviamo, ma è perché non ci proviamo che diventano difficili”***.



Attribuzione - Non commerciale - Non opere derivate 3.0

Italia (CC BY-NC-ND 3.0 IT)

Tu sei libero di:

Condividere, riprodurre, distribuire, comunicare al pubblico, esporre in pubblico, rappresentare, eseguire e recitare questo materiale con qualsiasi mezzo e formato

Alle seguenti condizioni:

Attribuzione — Devi riconoscere una menzione di paternità adeguata, fornire un link alla licenza e indicare se sono state effettuate delle modifiche. Puoi fare ciò in qualsiasi maniera ragionevole possibile, ma non con modalità tali da suggerire che il licenziante avalli te o il tuo utilizzo del materiale.

NonCommerciale — Non puoi utilizzare il materiale per scopi commerciali.

Non opere derivate — Se remixi, trasformi il materiale o ti basi su di esso, non puoi distribuire il materiale così modificato.

Distribuzione gratuita a cura di



www.assoausili.org