

L'Ufficio ha segnalato quanto sopra all'INPS invocando l'istituto dell'annullamento in sede di autotutela e richiedendo una risposta in tempi particolarmente brevi, affinché non decorressero i termini per proporre un'eventuale azione giudiziaria.

Il responsabile dell'ufficio rapporti con l'utenza, dopo pochi giorni, si è messo in contatto con l'Ufficio per fornire assicurazioni circa il tempestivo esame della richiesta; l'INPS ha successivamente comunicato che gli uffici della sede avevano accertato l'inesistenza del credito richiesto nella cartella esattoriale ed avevano, pertanto, disposto lo sgravio totale delle somme richieste.

Nel 2001 sono state aperte 70 pratiche inerenti al settore previdenziale.

Le problematiche sottoposte all'attenzione dell'Ufficio hanno riguardato questioni varie; ne cito alcune a titolo esemplificativo: riscatto della laurea, indennità di maternità, regolarizzazione contributiva, liquidazione della pensione nella misura definitiva, ricongiunzione di periodi assicurativi, disdetta quote associative sindacali.

La maggior parte di queste pratiche ha avuto come interlocutori l'INPS e l'INPDAP; in particolare nel primo caso, le varie agenzie situate nel comune di Milano; nel secondo caso, la sede territoriale di Milano.

Anche nel 2001, come peraltro sempre sottolineato nelle precedenti relazioni annuali, è stata molto proficua e sollecita la collaborazione con le varie sedi INPS. Ciò testimonia l'orientamento al servizio che caratterizza l'istituto ed il suo personale tutto. L'Ufficio ne dà atto con un particolare apprezzamento.

Solo in un caso negli ultimi anni, fra le molte decine trattati, si è verificato un persistente comportamento omissivo da parte dell'INPS - sede di Milano Missori. L'Ufficio si era rivolto a tale struttura con nota del 15.12.1998 per acquisire delle precisazioni circa lo stato d'istruttoria di una pratica inerente alla liquidazione a favore degli eredi di ratei maturati e non riscossi - per un importo complessivo di lire

24.395.460 - dovuti in attuazione della sentenza della Corte costituzionale n. 495/1993.

L'INPS aveva tempestivamente fornito assicurazioni circa il diritto degli eredi agli arretrati, precisando di essere in attesa di istruzioni dalla sede centrale per quanto riguardava le modalità di pagamento.

Successivamente l'Ufficio ha richiesto più volte di essere aggiornato in merito allo stato di istruttoria della pratica. Nonostante i ripetuti solleciti, non è pervenuto alcun riscontro. Solo in data 9.10.2001 il nuovo direttore della sede, a cui ho segnalato la vicenda, ha fornito le precisazioni richieste, scusandosi per la mancata tempestiva risposta e sottolineando che, per una serie di "disguidi incresciosi", non era stato fornito alcun riscontro alle richieste dell'Ufficio.

Meno sollecita è stata la collaborazione dell'INPDAP - sede di Milano - che, in alcuni casi, ha fornito delle risposte, a volte peraltro interlocutorie e non risolutive della vicenda esposta, solo dopo ripetuti solleciti.

Molte delle istanze, che hanno avuto come referente il suddetto istituto, hanno riguardato lagnanze circa i lunghi tempi d'istruttoria delle pratiche.

Nel mese di gennaio 2001, nel dare corso ad una richiesta relativa ad una riliquidazione del trattamento pensionistico, ho ritenuto opportuno richiedere anche precisazioni circa l'eventuale definizione di linee d'intervento per un significativo recupero dell'efficienza e della funzionalità complessiva della sede territoriale INPDAP. Ho, inoltre, chiesto di volermi trasmettere il regolamento, attualmente in vigore, di attuazione della L. 7.8.1990, n. 241 sui termini entro i quali devono essere adottati i provvedimenti di competenza dell'INPDAP e sugli uffici responsabili della relativa istruttoria ed emanazione.

Nel caso di specie, il prospetto di riliquidazione era stato trasmesso all'INPDAP dall'ex ente datore di lavoro in data 30.9.1999 e l'istituto aveva segnalato che avrebbe provveduto a dare pratica attuazione al decreto con la lavorazione

meccanografica del mese di aprile 2002, compatibilmente con le altre esigenze di servizio.

Ritardi nell'eliminazione dell'arretrato sul fronte pensionistico, nel processo di informatizzazione, nell'attuazione della banca dati degli iscritti, nell'importazione delle attività relative al service amministrativo per i fondi di pensione dei dipendenti pubblici sono - da notizie di stampa - alcuni dei rilievi avanzati dal consiglio di indirizzo e vigilanza (CIV) dell'INPDAP in sede di esame del bilancio preventivo 2002 predisposto dal consiglio di amministrazione dell'INPDAP.

Tale bilancio è stato approvato dal CIV in data 29.1.2002.

Nella relazione dello scorso anno avevo accennato al cosiddetto "progetto SONAR", consistente nella realizzazione di una banca dati sulla posizione contributiva degli iscritti all'INPDAP. L'attuazione di tale progetto non può essere vista che con estremo favore, in quanto permetterebbe anche ai dipendenti iscritti all'INPDAP di avere informazioni chiare e complete sulla propria situazione contributiva. Informazioni di cui i lavoratori facenti capo all'INPS possono fruire da tempo tramite gli estratti conto assicurativi.

A proposito delle incertezze collegate all'impossibilità di attingere ad una banca dati, riferisco di un'istanza inoltrata al mio Ufficio.

La signora M. aveva inoltrato una domanda di riscatto del corso legale di laurea nel 1974, che era stata definita con il pagamento del relativo onere negli anni 1980-1990.

Non ritrovando, però, tutta la certificazione inerente alla pratica, l'interessata si era ripetutamente rivolta alla sede territoriale INPDAP per ottenere una certificazione attestante l'avvenuto computo degli anni riscattati ai fini pensionistici.

A seguito dell'intervento dell'Ufficio, l'INPDAP ha fornito una risposta scritta in cui si dichiara che "da un esame del fascicolo previdenziale del nominativo in oggetto, risulta una domanda di riscatto laurea definita e saldata per un periodo di anni 4, il periodo lavorativo presso il Comune di Milano è dal 09.11.70 a tutt'oggi".

L'interessata ha, in seguito, ringraziato L'Ufficio, evidenziando che la chiarificazione della sua posizione previdenziale l'aveva sollevata da preoccupazioni che la angustiavano da tempo.

Per concludere l'esame dei rapporti con i destinatari degli interventi dell'Ufficio in materia previdenziale, rilevo che verso la fine del 2000 paiono essere state superate le difficoltà incontrate in corso d'anno nell'acquisire risposte da parte del provveditorato agli studi, ora ufficio scolastico, di Milano.

Purtroppo alcune delle risposte pervenute sono state di carattere interlocutorio e l'Ufficio è pertanto intervenuto di nuovo per ottenere ulteriori precisazioni.

In particolare cito la pratica della signora T.T., collocata a riposo a far tempo dal 10.9.1985. A distanza di oltre sedici anni dalla cessazione dal servizio, la stessa percepisce ancora la pensione nella misura provvisoria.

La dirigente dell'ufficio pensioni, dopo numerosi solleciti, ha comunicato che tale ufficio "per gravissime carenze di personale già più volte segnalate alle Autorità competenti, con un carico di lavoro di almeno 2000 pensioni provvisorie annue, è in grado di provvedere alla emissione di un numero molto limitato di provvedimenti di pensione definitiva".

Ha inoltre precisato che "normalmente, nessun beneficio economico discende per gli interessati dalla emissione del provvedimento formale" ed ha assicurato "che i decreti di pensione definitive verranno ultimati in tempi brevi atteso che, ai sensi del D.M. n. 275, con il totale passaggio all'INPDAP di tutte le competenze in materia pensionistica, l'Ufficio scrivente vedrà limitati i propri compiti allo smaltimento delle pratiche arretrate".

Anche nel 2001 la quasi totalità delle richieste in materia previdenziale sono pervenute dai singoli cittadini; alcune sono state trasmesse da difensori civici locali o di altre regioni; una è pervenuta tramite il mediatore europeo.

Da parte degli utenti sono stati espressi apprezzamenti per l'attività svolta dall'Ufficio a loro favore. A prescindere dai ringraziamenti pervenuti in caso di

conclusione conforme alla richiesta avanzata, ritengo opportuno sottolineare che spesso il cittadino ha espresso valutazioni positive in merito alla disponibilità all'ascolto, alla continuità ed alla trasparenza dell'assistenza fornita.

## 2.9 Assistenza sanitaria

Nelle ultime due relazioni annuali in materia di assistenza sanitaria mi ero ampiamente soffermato sulle difficoltà che incontrano i cittadini nella procedura per la richiesta **dell'autorizzazione a recarsi all'estero per cure**. In particolare, lo scorso anno avevo invitato l'assessore regionale ad adottare provvedimenti idonei a fare chiarezza sul ruolo svolto dai centri regionali di riferimento e sul margine di discrezionalità attribuito ad essi nella valutazione dei requisiti già individuati dal legislatore statale con il D.M. 3.11.1989 e i provvedimenti successivi: ciò, allo scopo di evitare - come in effetti accadeva spesso - decisioni contraddittorie, a parità di situazioni e requisiti, tra i diversi centri regionali, tali da creare gravi discriminazioni tra i cittadini. Avevo sollecitato anche l'attivazione di un processo di riorganizzazione dei centri regionali di riferimento, suggerendo di privilegiare il criterio della competenza per patologia rispetto a quello della competenza per territorio.

Con deliberazione n. VII/5641 del 20.7.2001, la Giunta regionale ha accolto l'invito formulato dall'Ufficio, dando luogo alla semplificazione della rete dei centri regionali di riferimento individuati dalla D.G.R. n. VI/9281 del 22.2.1996, contestualmente revocata, mediante una riduzione degli stessi e affidando ad essi, principalmente, competenze per patologie.

Nel provvedimento regionale sono stati, altresì, fissati i tempi massimi entro cui deve essere rilasciata l'autorizzazione per le cure all'estero, ossia tre giorni dal ricevimento della richiesta per il suo inoltro da parte della ASL al centro regionale di riferimento, e sette giorni dal ricevimento della documentazione per la risposta all'ASL da parte del centro regionale di riferimento, con l'indicazione di un diverso centro estero, qualora non fosse possibile autorizzare le prestazioni presso quello prescelto dall'assistito.

Si eviteranno, in questo modo, i ritardi burocratici che spesso hanno costretto i pazienti - in mancanza di una tempestiva risposta - ad effettuare comunque il trasferimento all'estero, salvo poi dover presentare una nuova richiesta per ottenere il rimborso delle spese sostenute, con l'ulteriore onere di dover dimostrare l'urgenza delle cure, in base a quanto previsto dall'art. 7, comma 2, del D.M. 3.11.1989.

Sicuramente positiva è stata, poi, la specifica previsione, nel provvedimento regionale, della necessità che i centri regionali di riferimento, qualora motivino il diniego all'autorizzazione al trasferimento all'estero adducendo il fatto che le cure sono praticabili anche in Italia, predispongano il piano terapeutico in base alla diagnosi e identifichino la struttura italiana in grado di eseguire tempestivamente ed adeguatamente la prestazione richiesta, assicurandosi della presa in carico dell'assistito.

In passato, infatti, sovente i centri regionali di riferimento si limitavano a dichiarare in modo del tutto generico che la prestazione era ottenibile in Italia, senza fornire vere e proprie alternative al paziente, lasciato, di fatto, in balia di se stesso.

Si auspica che la nuova procedura, più snella e trasparente, consenta di superare le criticità finora evidenziate in materia di ricoveri all'estero.

Ulteriori interventi sono stati disposti dalla citata deliberazione regionale relativamente al rimborso delle spese di soggiorno, anche nel caso di utilizzazione di strutture abitative private, sostenute da disabili durante la permanenza all'estero per cure: si è prevista, in particolare, la possibilità di ottenere il rimborso di tali spese - secondo i criteri stabiliti dal D.P.C.M. 1.12.2000 "Atto di indirizzo e di coordinamento concernente il rimborso delle spese di soggiorno per cure dei soggetti portatori di handicap in centri all'estero di elevata specializzazione", con cui si è finalmente dato applicazione all'art. 11 della L. 5.2.1992, n. 104 - anche per un secondo accompagnatore, nei casi di comprovata gravità delle condizioni del disabile e per i soggetti minori di età, previa presentazione di specifica documentazione.

E' stato, inoltre, esteso il rimborso delle spese di soggiorno anche ai cittadini che si recano all'estero per sottoporsi a trapianti di organo o di tessuti, autorizzati ai sensi del D.M. 3.11.1989, in conformità a quanto previsto dalla L.R. 15.9.1989, n. 47: quest'ultima normativa non aveva finora potuto trovare sostanziale applicazione, a causa della mancata adozione dei provvedimenti attuativi regionali ivi previsti.

Con la deliberazione n. 5641/2001 si è, infine, provveduto a disciplinare un'ulteriore problematica già da anni all'attenzione di questo Ufficio, ossia il rimborso delle spese per il trattamento riabilitativo Doman, utilizzato per la rieducazione motoria e lo sviluppo psicofisico dei soggetti cerebrolesi, sostenute dai cittadini che si recano presso l'associazione "Istituti per il raggiungimento del Potenziale Umano Europa", con sede a Fauglia (PI), come proseguimento del trattamento terapeutico iniziato a Philadelphia (USA).

In passato, infatti, i cittadini che intendessero ottenere il rimborso delle spese sostenute per recarsi presso il centro toscano venivano invitati dalle competenti ASL a presentare un'istanza di autorizzazione per cure all'estero, ai sensi del D.M. 3.11.1989, ottenendo spesso parere negativo dal centro regionale di riferimento.

La citata normativa, peraltro, non può trovare applicazione con riferimento alla fattispecie in esame, come correttamente chiarito anche dal Ministero della sanità, che, in risposta ad un quesito posto dalla direzione generale sanità della Giunta regionale, ha sottolineato che le disposizioni del suddetto decreto hanno lo scopo di disciplinare esclusivamente l'assistenza sanitaria all'estero in forma indiretta presso centri di altissima specializzazione. Poiché le cure sono da effettuarsi presso una struttura con sede in Italia, tali norme non si prestano ad una interpretazione così estensiva per il conseguimento di uno scopo completamente estraneo a quello prefigurato dal legislatore.

Nella nota ministeriale si richiama, poi, il parere già espresso nel 1995 dal consiglio superiore di sanità circa "l'assenza di validità medico-scientifica del

metodo Doman, nonché la non sussistenza di una dimostrata documentabilità di beneficio terapeutico derivante dai predetti trattamenti”. Tali prestazioni, quindi, non possono essere incluse tra i livelli essenziali riconosciuti dal servizio sanitario nazionale, perché in contrasto con l’art. 1, comma 7, lett. b), del D.Lgs. 19.6.1999, n. 229.

Nonostante ciò, il Ministro della sanità, nell’ottobre 1995, aveva sollecitato i competenti assessorati regionali ad offrire ogni sostegno alle famiglie che intendessero avvalersi delle metodiche riabilitative Doman, ammettendo a rimborso le spese sostenute per i viaggi all’estero ed agevolando, altresì, l’utilizzazione di personale al domicilio dei pazienti.

Appariva chiaro l’intento ministeriale di sensibilizzare le regioni a predisporre interventi volti ad agevolare le famiglie dei disabili cerebrolesi che facevano ricorso alla suddetta pratica, con l’obiettivo di uniformare le diverse risposte delle singole regioni.

Nel febbraio 1996 l’assessore regionale alla sanità faceva propria la sollecitazione del ministro, invitando le ASL a rimborsare le spese sostenute per i viaggi all’estero, nonostante il parere sfavorevole generalmente espresso dai centri regionali di riferimento.

Con gli anni, peraltro, la diversificazione degli interventi assunti in materia a livello locale si è acuita, mentre si sono contestualmente ridotte le richieste di trasferimento all’estero, in seguito alla creazione del centro Doman con sede a Fauglia.

Da un’indagine condotta dall’Ufficio nell’anno 2000 presso le ASL lombarde, al fine di conoscerne l’orientamento in merito alle richieste di rimborso presentate da cittadini residenti nei territori di rispettiva competenza, è emerso un quadro estremamente diversificato: solo due aziende (Lecco e Sondrio) hanno adottato un atto generale, mentre le altre si sono limitate ad affrontare il problema con

riferimento a singole richieste, con conseguente impegno di spesa. Di queste ultime, molte hanno trasmesso le istanze di rimborso ai centri regionali di riferimento, che in alcuni casi hanno espresso parere sfavorevole, mentre solo poche ASL hanno disposto direttamente i rimborsi, unica procedura che - come già visto - può considerarsi corretta sotto il profilo giuridico.

L'Ufficio ha sollecitato, pertanto, nel maggio 2001 l'amministrazione regionale ad intervenire affinché venissero individuati i criteri da applicare per l'erogazione dei contributi per il rimborso delle spese predette in modo svincolato dalla procedura di cui al D.M. 3.11.1989, richiamando le iniziative già assunte in proposito con deliberazione e/o legge regionale da altre regioni (es., Abruzzo, Emilia Romagna, Friuli Venezia Giulia e Veneto).

Con la D.G.R. n. 5641/2001, la Giunta regionale ha accolto la sollecitazione dell'Ufficio, ammettendo al rimborso le spese sostenute dai cittadini che si recano presso il centro Doman di Fauglia.

Non ha trovato, invece, accoglimento la richiesta formulata dall'Ufficio di adottare una specifica iniziativa regionale al fine di risolvere il problema - già ampiamente descritto nelle relazioni precedenti - del mancato rimborso delle spese sostenute dai cittadini che si sono recati a Cuba per sottoporsi al trattamento praticato presso il centro "C. Cienfuegos" per la cura della retinite pigmentosa.

Nel marzo 2001 è, infatti, pervenuta la risposta del Ministero della sanità, che ha sconsigliato - per non pregiudicare definitivamente la possibilità per i pazienti di ottenere il rimborso delle spese sostenute - di attivare il procedimento finalizzato ad una pronuncia del consiglio superiore di sanità sull'efficacia della metodica applicata, che potrebbe anche concludersi con un parere sfavorevole, come già avvenuto in occasione della pronuncia per il metodo Doman: sarebbero ancora molti, infatti, gli esponenti di commissioni scientifiche che manifestano il convincimento secondo il quale, allo stato attuale, non esistono prove scientifiche di trattamenti medici o chirurgici per la cura di tale patologia.

Di conseguenza, ho chiesto all'assessore alla sanità di adottare iniziative a livello regionale, anche in considerazione del fatto che sulla questione specifica si è già pronunciato il T.A.R. Lombardia, con sentenza 8.3.2001, n. 2114, che ha dichiarato l'illegittimità del diniego opposto dalla ASL al rilascio dell'autorizzazione ad effettuare le cure presso il centro cubano.

In particolare, il tribunale ha contestato - in senso analogo a quanto già espresso dall'Ufficio nelle numerose note indirizzate alle diverse aziende sanitarie e all'amministrazione regionale - che il diniego all'autorizzazione venga giustificato con la motivazione per cui la terapia non avrebbe fondamento scientifico.

Con tale laconica affermazione, infatti, non è stata valutata la possibilità per il cittadino di ricevere le medesime prestazioni, in forma adeguata, presso strutture pubbliche in Italia, come richiede la legge. Secondo il collegio giudicante, ogni valutazione in ordine all'opportunità dell'intervento, e alla sua efficacia concreta sulla patologia, sfugge alla cognizione del centro regionale di riferimento e della ASL, in quanto andrebbe ad incidere sulla libertà di cura dell'assistito. E' l'azienda sanitaria che deve, invece, farsi carico di individuare le possibili, adeguate e tempestive cure alternative in Italia: in caso contrario, il rifiuto deve essere ritenuto illegittimo.

Come già accennato, la Giunta regionale non ha finora assunto alcuna iniziativa propria. Resta il fatto che tutti i pazienti che avevano chiesto l'intervento dell'Ufficio si sono rivolti all'autorità giudiziaria, sede in cui troveranno presumibile accoglimento le richieste di rimborso dagli stessi formulate, con un ulteriore aggravio di spesa a carico delle ASL.

Ancora numerose sono state le doglianze pervenute all'Ufficio da parte di cittadini che non sono riusciti ad ottenere dalle competenti ASL il rimborso delle spese sostenute per sottoporsi a **cure urgenti a causa dell'insorgenza di patologie acute durante il soggiorno all'estero per motivi turistici.**

In materia, si deve sottolineare una profonda divergenza tra la posizione assunta dalle aziende sanitarie, che trova conforto nella giurisprudenza amministrativa, e le decisioni adottate dai tribunali civili, a cui si rivolgono i cittadini per la tutela del proprio diritto alla salute.

Nell'attuale ordinamento, la tutela sanitaria del cittadino all'estero è disciplinata dal legislatore relativamente a diverse fattispecie.

Copertura assicurativa viene garantita ai cittadini italiani il cui stato di salute necessiti di prestazioni immediate durante il soggiorno nel territorio di uno Stato membro dell'Unione Europea: gli articoli 22.1.a.i, 22.3 e 31.a del Regolamento CEE n. 1408/71 e gli articoli 20.4, 21.1, 23, 31.1 e 3 del Regolamento CEE n. 574/72 - normativa ulteriormente esplicitata dalla circolare del Ministero della sanità n. 1000/II/1372 del 29.3.1996 - consentono, previa compilazione del modello E111, di beneficiare delle cure mediche urgenti ed eventualmente del ricovero ospedaliero nel territorio di soggiorno.

Analogamente avviene qualora lo Stato estero, pur non appartenendo all'Unione Europea, abbia stipulato con l'Italia accordi bilaterali o multilaterali che regolano, con carattere di reciprocità, l'assistenza sanitaria dei rispettivi cittadini che si trovino nel territorio dell'altro Stato.

Anche la permanenza all'estero per motivi di lavoro o per la fruizione di borse di studio trova tutela sotto il profilo sanitario in base al disposto del D.P.R. 31.7.1980, n. 618, che individua, oltre ai soggetti aventi diritto, le forme di assistenza e le procedure da osservare per ottenere l'erogazione di prestazioni sanitarie.

In tutte le altre ipotesi, la tutela sanitaria si può ottenere solo stipulando una polizza assicurativa.

La giurisprudenza amministrativa (cfr. Consiglio di Stato, sez. V, 9.11.1999-7.2.2000, n. 669; Consiglio di Stato, sez. I, parere n. 1463/95 del 15.11.1995 in merito ad un ricorso straordinario al Capo dello Stato) esclude la possibilità di

ottenere il rimborso delle spese sostenute adducendo l'errata applicazione delle norme regolatrici l'assistenza sanitaria all'estero, ossia delle disposizioni previste dal D.M. 3.11.1989, con particolare riferimento all'art. 7, comma 2.

Quest'ultima normativa, infatti, come noto, riguarda solo l'ipotesi in cui il cittadino si trasferisca all'estero per ricevere cure in centri stranieri di altissima specializzazione, dove ottenere quella tempestiva ed adeguata assistenza che le strutture sanitarie nazionali non sono in grado di prestare.

Nonostante l'art. 7, comma 2, del citato decreto dispone che si prescindano dalla preventiva autorizzazione per le prestazioni di comprovata gravità e urgenza "ivi comprese quelle fruite dai cittadini che si trovino già all'estero", tale deroga - secondo il Consiglio di Stato - è consentita "fermo restando la sussistenza dei presupposti e delle condizioni di cui all'art. 2", la cui operatività ha riguardo alla situazione dei cittadini residenti in Italia per prestazioni non ottenibili tempestivamente o in forma adeguata nel nostro paese. Nella sostanza, la suddetta previsione sembra doversi riferire esclusivamente alla posizione di quei cittadini che, debitamente autorizzati a curarsi all'estero, debbano essere ivi sottoposti ad interventi curativi ulteriori e diversi rispetto a quelli per i quali sono stati autorizzati.

Tutto il sistema dell'assistenza sanitaria dei cittadini in territorio straniero é, infatti, disciplinato dall'art. 37 della L. 23.12.1978, n. 833, che limita le coperture assicurative ai casi ivi previsti (tra i quali non rientrano le ipotesi delle malattie contratte durante i viaggi per motivi di turismo) e al di fuori di essi è da ritenere che nessun obbligo debba far carico alla sanità pubblica.

Di contrario avviso è, invece, il giudice ordinario - competente a verificare l'illegittimità del diniego al rimborso alla luce del fondamentale diritto alla salute, sancito dall'art. 32 della Costituzione - che ammette, invece, l'applicazione per analogia dell'art. 7, comma 2, del D.M. 3.11.1989, con la necessità, peraltro, di un adattamento interpretativo o di una "lettura ragionevole" della norma (C. App. di Milano, sez. Lavoro, 16.11.2000, n. 288).

Secondo la Corte d'appello di Milano, non è possibile ritenere che le prestazioni garantite dal servizio sanitario nazionale siano governate dal principio della territorialità quanto al luogo dell'avvenimento del fatto morboso: il riferimento al territorio nazionale di cui all'art. 2 della L. 23.10.1985, n. 595 si deve intendere solo nella prospettiva di un'organizzazione pratica dei servizi sanitari e non in quella di una delimitazione della sfera dei beneficiari. Nel caso in cui la patologia sopraggiunga all'estero, diventa necessario apportare dei correttivi in sede di interpretazione dei requisiti previsti dall'art. 2 del D.M. 3.11.1989: non avrebbe senso, infatti, pretendere la condizione dell'inesistenza in Italia di presidi sanitari di altissima specializzazione. Il cittadino italiano all'estero è per definizione nell'impossibilità di trovare in Italia una qualsivoglia struttura e quindi il richiamo alle condizioni di cui all'art. 2 del decreto citato va letto come limitato alla condizione della comprovata eccezionale ed urgente gravità.

In questi casi, la condizione per ottenere il rimborso delle spese sostenute può essere verificata direttamente dal giudice, a prescindere da ogni procedimento amministrativo.

Quest'ultimo orientamento giurisprudenziale è ormai consolidato e consente ai cittadini che si rivolgono all'autorità giudiziaria di ottenere il rimborso delle spese sostenute: diventa indispensabile, però, agire in giudizio, perché solo il giudice può garantire tutela in una fattispecie non disciplinata espressamente dal legislatore.

L'art. 4, commi 4 e 5, della L.R. 3.4.2001, n. 6 "Modifiche alla legislazione per l'attuazione degli indirizzi contenuti nel documento di programmazione economico-finanziaria regionale - Collegato ordinamentale 2001" ha ripristinato, a decorrere dalla data di abrogazione (disposta dall'art. 4, comma 3, della L.R. 2.2.2001, n. 3), la vigenza della L.R. 5.11.1993, n. 36 in materia di **assistenza indiretta**.

Avevo già sottolineato nella relazione dello scorso anno, infatti, che la suddetta abrogazione si poneva in contrasto con l'art. 92, comma 16, della L. 23.12.2000, n.

388 (legge finanziaria 2001), che aveva prorogato al 31.12.2001 il termine per l'abolizione dell'assistenza in forma indiretta per le prestazioni di assistenza specialistica ambulatoriale e in regime di degenza.

La L.R. n. 6/2001 ha dovuto tenere necessariamente conto della pronuncia di incostituzionalità delle disposizioni di cui alla L.R. n. 36/1993, introducendo il ricorso all'assistenza indiretta senza preventiva autorizzazione nel caso di prestazioni di comprovata gravità ed urgenza.

Con nota del 26.4.2001, la direzione generale sanità della Giunta regionale ha invitato le ASL a valutare la sussistenza delle condizioni sopra indicate, al fine di ammettere a rimborso, anche in assenza di preventiva autorizzazione, le prestazioni ottenute presso strutture non accreditate.

La L. 28.12.2001, n. 448 (legge finanziaria 2002) non ha ulteriormente prorogato l'assistenza indiretta, che pertanto è stata definitivamente abolita.

La Lombardia non ha finora adottato alcuna iniziativa al fine di disporre un'ulteriore proroga, al contrario di altre regioni (ad es., la Puglia), in cui buona parte delle prestazioni sanitarie sono erogate da strutture private: ciò è conseguenza della politica di accreditamento già adottata dalla Regione Lombardia, che ha reso marginale il ricorso al c.d. "privato puro".

Con D.P.C.M. 26.5.2000 sono state trasferite alle regioni - in attuazione di quanto previsto dall'art. 114 del D.Lgs. 31.3.1998, n. 112, che ha conferito alle regioni tutte le funzioni e i compiti amministrativi in tema di salute umana e sanità veterinaria, salvo quelli espressamente mantenuti allo Stato - le funzioni in materia di **indennizzi a favore di soggetti danneggiati da complicanze di tipo irreversibile a causa di vaccinazioni obbligatorie, trasfusioni e somministrazione di emoderivati di cui alla L. 25.2.1992, n. 210, e successive modificazioni, nonché di vaccinazione antipoliomelittica non obbligatoria di cui all'art. 3, comma 3, della L. 14.10.1999, n. 362.**

La Regione Lombardia ha, a sua volta, trasferito i suddetti compiti, con L.R. 2.2.2001, n. 3, alle ASL, che ora dovranno gestire l'intera procedura di indennizzo.

Precise indicazioni sono state, comunque, fornite alle ASL con le "Direttive per lo svolgimento del processo di indennizzo ex legge 210/92", adottate con decreto del dirigente unità organizzativa 13.9.2001, n. 21358.

Sono, invece, conservate allo Stato (art. 123 del D.Lgs. n. 112/1998) le funzioni in materia di ricorso avverso il giudizio della commissione medica ospedaliera, i cui termini procedurali sono quelli già previsti dall'art. 5 della L. n. 210/1992.

Con accordo 8.8.2001 in sede di conferenza unificata tra Governo e regioni si è disposto che il Ministro della sanità manterrà nella propria competenza i benefici previsti dalla L. n. 210/1992, per gli indennizzi riconosciuti sino al 21.2.2001, nonché la liquidazione dell'assegno una tantum di cui all'art. 1, comma 2, della L. 25.7.1997, n. 238, ed assicurerà il massimo livello possibile di coordinamento con le regioni nello svolgimento delle competenze che rimarranno a suo carico.

Le regioni si sono, invece, impegnate a definire tutte le istanze, già trasmesse dal Ministero nel primo invio di pratiche effettuato poco dopo il trasferimento della funzione, entro il 30.5.2002, e alla individuazione di linee guida, da adottarsi in conferenza Stato-regioni, al fine di raggiungere il necessario coordinamento fra tutte le regioni per la gestione uniforme delle problematiche della L. n. 210/1992.

Il primo trasferimento delle pratiche dal Ministero alle regioni è avvenuto entro la metà del 2001.

Per le pratiche pendenti presso l'Ufficio, si è provveduto a contattare i servizi di medicina legale delle competenti ASL, al fine di chiedere chiarimenti in merito allo stato di avanzamento delle relative procedure per l'erogazione degli indennizzi.

Verso la fine dell'anno 2001, molti cittadini hanno comunicato di aver ottenuto la liquidazione dell'indennizzo.